

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UNIDADES  
HOSPITALARES – UMA APLICAÇÃO NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE  
MEDULA ÓSSEA –HC/UFPR**

Dissertação submetida à Universidade  
Federal de Santa Catarina para obtenção  
do grau de Mestre em Engenharia da  
Produção

**TAMARA LEPCA MAIA**

**Florianópolis**

**2000**

**Tamara Lepca Maia**

**SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UNIDADES  
HOSPITALARES – UMA APLICAÇÃO NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE  
DE MEDULA ÓSSEA –HC/UFPR**

Essa Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de “Mestre em Engenharia”, especialidade em Engenharia da Produção e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção.



---

**Prof. Ricardo Miranda Barcia, PhD**  
**COORDENADOR**

**Banca Examinadora**



---

**Prof. Alvaro G.R. Lezana, Dr.**  
**Orientador**



---

**Prof. Emilio Menezes, Dr.**  
**Membro**



---

**Prof. Rogério Bastos, Dr.**  
**Membro**

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho é fruto de uma longa jornada vivenciada no Hospital de Clínicas da UFPR, experiência esta compartilhada por muitos amigos que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A eles todo o meu agradecimento.

Agradeço, à equipe da atual Diretoria na pessoas do Dr. Julio Wiederkehr – Diretor Geral, Dr. Niasi Ramos – Diretor Médico, Eng<sup>a</sup> Hermínia D.B. Breginski – Diretora de Administração, Farm. Ana Maria da Silveira Rodrigues - Diretora de Apoio Técnico, Enf<sup>a</sup> Maria Cristina Paganini – Diretora de Enfermagem pela valiosa colaboração nas respostas à pesquisa sobre estratégias administrativas.

Agradeço, ao Dr. Ricardo Pasquini- Chefe do Serviço de Transplante de Medula Óssea, ao Adm. Almir Peres Nicoletti, pelas valiosas informações a respeito do Serviço de Transplante de Medula Óssea; à equipe da ASPLAN, em especial à Adm. Gisele Gregório – Assessora de Planejamento, pelas informações sobre custos hospitalares da unidade em referência.

Agradeço, em especial, aos meus pais pela firmeza de caráter e retidão com os quais me ensinaram a trilhar a vida, com perseverança e dedicação.

Agradeço, ainda, aos meus filhos e meu marido, pelo apoio e compreensão, pelas várias horas em que não pude compartilhar de sua companhia por estar dedicada a este trabalho.

Especial agradecimento, pela valiosa orientação, ao Prof. Álvaro Lezana, sem a qual este trabalho não teria sido realizado.

## SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	v
Lista de Quadros.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
1. Introdução.....	1
1.1 Apresentação do Tema.....	2
1.2 Problematização.....	3
1.3 Justificativa.....	3
1.4 Objetivos.....	4
1.5 Procedimentos Metodológicos.....	4
1.6 Limitações da Pesquisa.....	5
1.7 Organização do Estudo.....	5
2. Quadro Sanitário no Brasil.....	8
2.1 O Hospital no Brasil.....	10
2.2 Nova Política Hospitalar.....	15
3. Gerenciamento Estratégico.....	19
3.1 Vantagem Competitiva.....	26
3.2 A Competição na Área da Saúde.....	33
3.3 Estratégias de Fim de Jogo para o Decadente Serviço Público.....	38
4. O Hospital Universitário Como Empresa Visionária Que Aprende.....	45
4.1 A Mudança de Paradigma.....	46
4.2 Os Desafios do Aprendizado.....	50
4.3 Uma Corrida Contra o Tempo.....	55
5. Custos e Balanced Scorecard.....	60
5.1 O Modelo de Kaplan: Balanced Scorecard.....	63
5.2 O Modelo de Hope: Dez Temas Gerenciais Essenciais da Era da Informação e o Método ABC.....	76
6. O Sistema Vigente no HC/UFPR.....	90
7. Proposta de Estratégia para o Serviço de Transplante de Medula Óssea.....	97
8. Conclusão e Recomendações.....	109
9. Anexos.....	113
10. Referências Bibliográficas.....	130

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	75
Figura 2.....	80
Figura 3.....	91
Figura 4.....	97

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.....	99
Quadro 2.....	100

## RESUMO

O presente trabalho analisa a situação atual do Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da UFPR e propõe um modelo de gestão com enfoque estratégico e financeiro. Justifica-se a adoção deste modelo face às alterações prementes na legislação que orienta o funcionamento dos hospitais universitários, a situação de penúria da instituição, sua necessidade de permanecer viva para realização da tarefa social de atendimento à população carente, compromisso cultural e educacional de formar profissionais para a área da saúde e estabelecer parâmetros de pesquisa e desenvolvimento para a ciência.

Descreve-se a situação histórica das instituições hospitalares e das políticas de saúde no Brasil; o que reforça o grau de pioneirismo e empreendedorismo dos profissionais do STMO-HC.

São citados diversos autores e publicações que corroboram a premissa de que a instituição pública, quando bem administrada, não é deficitária, cabendo-lhe importante papel no desenvolvimento da sociedade.

Para que haja desenvolvimento e manutenção da instituição, devemos promover uma melhor distribuição das formas de cobrança: realizar convênios, cobrando de acordo com suas tabelas, para poder manter os atuais níveis, quiçá ampliar, de atendimento ao paciente do SUS, remunerado segundo tabelas governamentais.

A análise também nos leva a reafirmar que o hospital universitário deve ser o local para atendimento de 3º nível, ou seja, especializado; deve ser este seu foco pois é esta sua vocação.

Acreditamos ainda, que qualquer melhoria só possa ser implementada e permaneça em uma unidade específica, se o hospital como um todo tiver uma visão estratégica bem definida e conhecida de todos, assim como os objetivos serem claros e exeqüíveis.

## **ABSTRACT**

The present analyses the current situation of Bone Marrow Transplantation of Clinics Hospital and proposes a model of management with strategical and financial approach. Justify adopt this model in view of changes in the law about university hospitals, the institution's poverty, its social work to take care the poor community, cultural and education commitment to train health professionals, and to establish parameter of research and development for science.

Describe historical situation of hospitals and Brazil's health policys; that reinforces the pioneer and entrepreneurship of TMO professionals.

Quote some authors and publications that confirm the premisses that public institution, when well administrated, is not in deficit, and is so important for the society's development.

For to maintain the institution, we need promote a better distribution of charges way: realize agreements, do services to the medical cooperatives, charging by its chart, to can keep current levels, perhaps increase, the service to the SUS' patient, charged by government chart.

This analysis confirm that the university hospital should be the place for the third level service, skilled service, should be this its focus, because this is its vocation.

We believe that some improvement, just can to be implemented and remain in one specific unit, if all over the hospital had had a strategical vision well defined and well known by everybody and the objectives should be clear and feasibles.



## **Capítulo 1-INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

A prestação de serviços de Saúde é tema palpitante e polêmico, principalmente em se tratando do serviço público. Quais os motivos que levam as instituições públicas a desconsiderarem os preceitos administrativos com o objetivo de obter melhor desempenho. Por que a cultura dominante do serviço público é tão conservadora, arraigando-se ao *status quo*, considerando o lucro como prejudicial, e mesmo imoral, visto tratar-se de instituições que não visam lucro. Quais as estratégias mais adequadas à realidade do serviço público de assistência a saúde, quais teriam maior facilidade e agilidade na implantação. Como avaliar e monitorar os avanços e dificuldades encontradas. As respostas a estas perguntas é o que se propõe este trabalho.

### 1.1 Apresentação do Tema

Historicamente, a existência dos hospitais é bem anterior à era cristã, e dos anos 40 até a presente data a evolução do hospital foi impulsionada pelo desenvolvimento tecnológico, ocorrido principalmente após os anos 70. Além dos hospitais gerais, grande importância era dada aos chamados sanatórios, os quais eram hospitais especializados.

Hoje, o hospital, além de ser uma instituição complexa, é também completa, como pode ser depreendido pela definição do Ministério da Saúde, onde o hospital é parte integrante de uma organização médica social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

A assistência à saúde deve ser prestada de forma integral, mantendo-se a vinculação entre os níveis primário, secundário e terciário, e principalmente, mantendo a vinculação e informação entre os vários serviços do hospital que se relacionam com o paciente, quando internado. Outra questão a ser considerada, são os princípios de

melhoria contínua da qualidade, isto é, os programas e os serviços a serem providos pelo hospital e, entre estes, o ensino e a pesquisa deverão ser objetivo de atenção contínua.

O hospital, como é definido por LIMA e LIMA (1998), é uma instituição complexa, onde atividades industriais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos utilizados diretamente em humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados. A tecnologia utilizada nos hospitais encontra-se num movimento contínuo de inovação, exigindo uma permanente preocupação dos responsáveis pelos serviços, na busca da competitividade, objetivando a superação dos padrões assistenciais vigentes.

O contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar irão se situar caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir uma decisão rápida e competente em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição. Desta forma, o estudo concentrar-se-á no Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

## 1.2 Problematização

Os hospitais universitários públicos passam por momentos agonizantes face à política de recursos humanos adotada pelo governo federal, que mantém os salários congelados há aproximadamente seis anos, suscitando greves, insatisfação e desmotivação.

Como qualquer organização, o que a faz efetivamente são seus recursos humanos. Logo, conclui-se que as instituições públicas encontram-se em estado de total e completa desorientação estratégica. Portanto é imperativo que se realizem estudos para nortear a geração e implementação de estratégias a este segmento. Paralelamente, demonstra-se a viabilidade da instituição como serviço público, atendendo às demandas crescentes de assistência.

### 1.3 Justificativa

Este estudo justifica-se pela importância que o Hospital de Clínicas da UFPR representa na sociedade, como órgão de pesquisa, ensino e assistência, na área da saúde.

O hospital representa excelência em pesquisa, incentivando profissionais a se dedicarem na busca de novos processos curativos, amenizando e prolongando a vida dos indivíduos.

No que diz respeito à assistência, ele é uma das poucas alternativas do Estado do Paraná disponível à parcela carente da comunidade que necessita de cuidados médicos de alta complexidade.

### 1.4 Objetivos

#### 1.4.1 Objetivo Geral

Estabelecer um sistema de avaliação de desempenho em unidades hospitalares, de forma ampla, premiando aspectos financeiros, de satisfação do cliente externo, de melhoria dos processos internos e de aprendizado e crescimento.

#### 1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar índices de avaliação de desempenho para o Serviço de Transplante de Medula Óssea – HC/UFPR (STMO-HC).

Sugerir estratégias de curto prazo para o Hospital de Clínicas.

Sugerir estratégias para o STMO-HC

Propor novas alternativas de conduta face aos cenários que se apresentam a médio prazo.

Demonstrar viabilidade financeira, realizando atendimento ao SUS.

### 1.5 Procedimentos Metodológicos de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os membros da Direção do HC, para avaliação dos aspectos

estratégicos da instituição, e com o coordenador e o administrador do STMO para avaliação da unidade em questão.

A pesquisa desenvolveu-se em três etapas. A primeira, foi a realização das entrevistas semi-estruturadas, permitindo aos entrevistados a complementação posterior, onde foi possível a inclusão de informações não obtidas no primeiro momento.

A segunda fase foi a de levantamento dos dados de atendimento e financeiros, obtidos na Assessoria de Planejamento- HC. A partir das informações coletadas, selecionamos o Serviço de Análises Clínicas como foco do estudo financeiro e elaboração do sistema ABC, por representar, na estatística dos três últimos anos, 70% do total dos custos indiretos.

Paralelamente desenvolveu-se o caráter descritivo, ou seja, pesquisou-se diferentes teorias e conceitos que suportassem a proposta em tela.

## 1.6 Limitações da Pesquisa

O estudo apresenta as seguintes limitações:

- Foi analisado unicamente o serviço com maior relevância de custos;
- No que diz respeito ao desenvolvimento do Balanced Scorecard para a unidade, o estudo limita-se à proposta, sem considerar os efeitos de implementação, por não fazer parte do escopo deste trabalho;
- Da mesma forma, uma proposta de planejamento estratégico para o HC como um todo, face a cenários futuros.
- A viabilidade financeira foi avaliada com base em dados exclusivos do Laboratório de Análises Clínicas, fornecidos pela ASPLAN (Assessoria de Planejamento-HC)

## 1.7 Organização do Estudo

Este trabalho está dividido em capítulos, sendo que no capítulo dois apresentamos a estrutura e política hospitalar no Brasil, nos capítulos três, quatro e cinco, o ferramental teórico que suporta a proposta, no capítulo seis, o sistema atual

utilizado no Hospital de Clínicas, assim como as dificuldades e facilidades do mesmo, no capítulo sete, apresentamos a proposta propriamente dita, para o Serviço de Transplante de Medula Óssea, como modelo que poderá posteriormente ser utilizado para implementar a metodologia em outras unidades, e finalmente, as conclusões e recomendações.

## **Capítulo 2 – QUADRO SANITÁRIO NO BRASIL**

## **2. QUADRO SANITÁRIO NO BRASIL**

O quadro sanitário brasileiro deve ser analisado dentro do contexto de um país continental por suas dimensões e cuja principal característica é a enorme desigualdade entre as diferentes camadas sociais no que diz respeito à renda, às condições ambientais e ao acesso aos direitos mais elementares como saúde, educação, moradia e transporte.

As profundas transformações ocorridas no Brasil nos últimos trinta anos, caracterizam-se por um acelerado processo de industrialização a nível urbano, e a criação de grandes empreendimentos em áreas de fronteira agrícolas.

A ausência de investimentos em saneamento básico, o aumento da pobreza urbana, a suspensão ou limitação de programas de prevenção e controle favoreceram o aumento das taxas de incidência de doenças e endemias que considerávamos sob controle.

Tal quadro sanitário caracteriza-se por um padrão epidemiológico, que diferente dos chamados países desenvolvidos, combina a persistência de doenças infecto-contagiosas num ambiente de importante magnitude de doenças associadas à industrialização e à urbanização, afetando uma população que envelhece.

### **HISTÓRICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS**

O Hospital de Clínicas da UFPR, inaugurado em 05 de agosto de 1961 com 366 leitos, realizou naquele ano 8.630 atendimentos e 1.423 internações com 397 cirurgias, como fruto do trabalho de 1.028 funcionários contratados pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC.

Com o desenvolvimento da ciência médica e a sofisticação cada vez maior da tecnologia que o serve, o HC-UFPR começou a diferenciar vários de seus serviços para níveis de complexidade e excelência, passando a ser centro de referência nacional e procurado por milhares de pessoas diariamente.



O Hospital encerrou 1999 com 49.195,80 metros quadrados de área construída; 191 consultórios, 374 ambulatorios e dispõe de 635 leitos distribuídos em 45 especialidades. Nele trabalham 3.471 funcionários (1.500 vinculados à Fundação de Apoio e 1.971 ao MEC), 218 docentes do curso de medicina e, ainda, 228 residentes atendendo um universo populacional regional e 4.128.156 pessoas (Curitiba e Região Metropolitana) e realizando uma média de 2.757 atendimentos/dia, com um índice de 74 internações/dia, perfazendo um total de 745.200 atendimentos no ano de 1999. É o maior prestador de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) do estado do Paraná (Site do Hospital de Clínicas da UFPR).

O Hospital de Clínicas é um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná e um dos 45 hospitais universitários federais de ensino do país. É o maior hospital do estado e um dos seis maiores hospitais gerais universitários do Brasil. Em cirurgias, número de leitos, internações e consultas ambulatoriais, ocupa a 3ª posição, segundo publicação do MEC/SESU/DAIN (Site do Hospital de Clínicas da UFPR) do Perfil e Indicadores dos Hospitais Universitários – 1º Semestre de 1998.

## INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde também obedecem ao mesmo padrão de desigualdade extrema entre as diferentes camadas sociais e as regiões. Isto pode ser observado quando analisamos alguns indicadores como a expectativa de vida, a mortalidade infantil, a mortalidade abaixo de 5 anos de idade, a prevalência de desnutrição moderada e grave, a oferta de serviços de saúde, etc.

Tais ganhos se devem principalmente à diminuição da mortalidade infantil. Embora os níveis do salário mínimo real tenham caído seguidamente entre 1980 e 1990 (CASTELAR et al., 1995), a taxa de mortalidade infantil prosseguiu um movimento anterior de queda, se bem que mais atenuado.

A oferta de serviços de saúde, apesar da concentração de renda e da desigualdade social, tem possibilitado um maior acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, para o mesmo indicador estudado por regiões vê-se que 40% das mulheres do

Nordeste não tinham atenção hospitalar ao parto em 1981. Por outro lado, se municípios e estados aumentaram em muito sua oferta ambulatorial nos últimos anos, a medicina de natureza hospitalar tem se desenvolvido fortemente ao nível do setor privado, tendo o setor público extrema dificuldade em manter funcionando mesmo a rede atualmente existente.

## **2.1 O HOSPITAL NO BRASIL**

### **EVOLUÇÃO HISTÓRICA**

A Santa Casa de Misericórdia de Santos é considerada como o primeiro hospital brasileiro. Fundada em 1565, por padres jesuítas que vieram ao país para catequese dos índios, o modelo da Santa Casa de Santos, baseado em similares portugueses, se reproduziu em grande quantidade a tal ponto que praticamente todas as cidades de médio porte têm ou tiveram a sua Santa Casa. Este modelo estava baseado na proposta de outros hospitais europeus, que viam a tarefa do hospital mais como uma atividade religiosa do que uma atividade médica propriamente dita.

Com o passar dos anos, as Santas Casas assumiram mais a cura dos doentes exercendo papel preponderante no desenvolvimento da medicina e na vida das comunidades. Em anos mais recentes, as irmandades religiosas foram abandonando as Santas Casas que se viram em mãos do poder médico local e de lideranças políticas. Este período coincide também com a modernização da medicina, incorporação de tecnologia sofisticada e influencia do modelo médico americano do pós-guerra. Surgem vários outros tipos de hospitais, com destaque para os Hospitais Universitários e os Hospitais da Previdência Social.

Os hospitais previdenciários são construídos pelo Sistema Previdenciário, estruturados por Institutos, identificados por agrupamentos profissionais. São hospitais de médio e grande porte e de complexidade média a elevada, nas principais capitais do país. Esses hospitais, num total de 42, atendiam a uma clientela específica, a dos segurados da Previdência, até o final da década de 80 quando seu acesso é universalizado.

A evolução da rede hospitalar brasileira foi mais influenciada por necessidades sentidas, definições políticas localizadas ou por interesses de grupos, do que em função de uma política de Saúde de caráter nacional. Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços. O panorama no setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira marcados pela falta de diretrizes definidas e que contemplem o longo prazo.

### **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a Saúde como um direito fundamental do ser humano, e um dever do Estado na sua garantia. Como estratégia para a consecução deste objetivo vem-se implantando o Sistema Único de Saúde cujas principais características são:

- Universalidade do atendimento;
  - Equidade no acesso;
  - Integralidade dos serviços e ações de saúde.
- Para tal pressupõem-se:
- Comando único em cada esfera do governo.
  - Descentralização.
  - Regionalização e hierarquização da rede de serviços.
  - Papel complementar da rede privada na cobertura assistencial.

### **OS PROBLEMAS EXISTENTES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS**

O Sistema Único de Saúde, segundo CASTELAR (1995,p.41), tem apresentado deficiências, ou melhor, certos estrangulamentos resultantes de:

- a reorientação do Sistema que vem se constituindo num espaço de luta política, de acumulação e de perda de poder político, técnico e administrativo;

-a dificuldade da União, Estados e Municípios adequarem-se aos papéis previstos constitucionalmente, ao mesmo tempo em que colocam-se aspectos a serem revistos do ponto de vista de suas atribuições;

-a contradição entre uma “pretendida” cobertura assistencial e a forma de financiamento;

-a debilidade da rede básica frente à necessidade de estimular a quebra do hospitalocentrismo do nosso Sistema de Saúde;

-a diversidade regional quanto ao financiamento e magnitude de cobertura da rede de serviços, gerando desequilíbrio na oferta de serviços e uma piora de qualidade;

-o despreparo gerencial nos diferentes níveis de poder, assim como inexistência de instrumentos gerenciais compatíveis com as metas gerais do Sistema;

-a carência quantitativa de recursos humanos e de sua qualificação, frente a processos seletivos nem sempre adequados e à inexistência de programas sistemáticos de educação continuada;

-a desmotivação dos vários atores do sistema de atendimento público (problemas salariais, de carreira, etc.).

## OS PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

O investimento com a Saúde, de acordo com CASTELAR (1995), passou de US\$ 3.407 bilhões em 1984 para US\$ 7.404 bilhões em 1989 o que se traduziu num aumento “per capita” de US\$ 29,6 para US\$ 50,25. Por outro lado, a política de financiamento do SUDS leva as transferências de recursos do INAMPS para os estados e municípios a passar de US\$ 343 milhões em 1986 para US\$ 1,287 bilhões em 1987 e US\$ 2,327 bilhões em 1988.

Neste período o crescimento do número de leitos hospitalares foi de 2,7%, graças à expansão dos leitos privados (+4,68%), embora o crescimento de leitos públicos tenha sido negativo, o que talvez se possa atribuir a um processo de municipalização privilegiando a construção de hospitais de pequeno porte e de baixa densidade tecnológica, acompanhado de um movimento de reorientação da atividade de antigos sanatórios e manicômios, implicando num fechamento de grande número de leitos.

Nos últimos anos, os estabelecimentos privados cresceram geometricamente 7,2% ao ano, com um crescimento negativo dos hospitais concentrados nos segmentos beneficentes e filantrópicos, como fruto de uma política de incentivo ao setor privado, ainda que com baixa remuneração por internação.

A distribuição regional de hospitais obedece ao desenvolvimento econômico de cada região e ao seu volume populacional, justificando-se assim que 55% dos hospitais estejam nas regiões Sul e Sudeste, economicamente as mais desenvolvidas e com 58% dos 150 milhões de brasileiros CASTELAR (1995). No entanto, o número de hospitais é um indicador pouco preciso, pois não reflete o número ofertado de leitos nem sua complexidade. Na verdade os leitos tendem a se concentrar nas regiões mais ricas, e dentro delas nas capitais, e como a complexidade tende a ser bem maior nos hospitais com maior porte, tende-se a concluir que a distribuição da oferta de leitos mais complexos também é bastante desigual, e se concentrando igualmente nas áreas mais ricas e urbanizadas. Mesmo quando observamos as capitais, vemos que a oferta de leitos mais complexos é bem mais escassa na periferia do que nas regiões ricas ou no centro político.

O nosso Sistema de Saúde, vem hoje procurando cristalizar-se num sistema único, descentralizado e universal na amplitude de suas ações. Vem sofrendo gradativas mutações que procuram reverter uma situação caracterizada pelo hospitalocentrismo, para uma outra onde o hospital deixe de ser o principal provedor de cuidados de saúde no Brasil.

Geram-se inclusive conflitos na medida em que, aliado a uma baixa cobertura, o Sistema concentra uma alta densidade tecnológica nos grandes centros urbanos a nível dos hospitais privados e de alguns poucos hospitais públicos. Assim, não é de se estranhar que a estrutura hospitalar brasileira nem sempre traduza parâmetros bem definidos, nem que a resposta à demanda não seja devidamente analisada nos seus aspectos quantitativos e de resolutividade.

Em relação à eficácia e eficiência dos estabelecimentos hospitalares, estes vêm sofrendo as conseqüências de uma insuficiente dotação orçamentária, da demora no seu recebimento, da gradativa diminuição dos recursos humanos, geralmente admitidos através de um viciado processo de recrutamento e seleção, aliado a posterior inexistência de uma adequada reciclagem. A ausência de um plano de carreiras, e de um processo de ascensão funcional baseado no mérito, e os salários em geral defasados, vêm desmotivando os profissionais e levando-os a um descompromisso crescente com a instituição e com o objetivo final de suas atividades, qual seja a qualidade na prestação final dos serviços.

Fator de grande importância é a não profissionalização dos gestores, em geral alçados à posição diretiva mais por indicação política ou escolha baseada na competência enquanto profissionais de saúde.

Reconhece-se que, na área de saúde, o país enfrenta um processo de crise, com escassez de recursos financeiros, que se torna mais dramática frente às aceleradas transformações tecnológicas e à crescente demanda de melhores produtos e serviços.

Para conciliar todos estes fatores o processo gerencial exige mais habilidade e conhecimento, tornando indispensável a capacidade de desencadear intencionalmente ações que direcionem as práticas dos diversos atores, internos e externos. Modernamente, a prática gerencial é tida como crítica e estratégica para o enfrentamento das demandas e desafios a que está submetida. Considerada nos seus vários escalões cabe-lhe, num nível mais elevado, definir o papel de cada hospital e sua inserção, urgindo definir as políticas a nível loco-regional, com planos específicos para cada região.

Só assim o hospital poderá cumprir o seu papel social, exercendo uma assistência de qualidade a custos adequados, consoante às necessidades de saúde da população.

## **2.2 NOVA POLÍTICA HOSPITALAR**

### **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO GOVERNAMENTAL**

O Planejamento Estratégico Governamental deve vislumbrar a longo prazo, o crescimento e desenvolvimento das estruturas governamentais, aliados ao bem estar social e à ética empresarial.

As vantagens a serem obtidas com sua aplicação são as seguintes:

- **Posicionamento Político**

Uma aproximação planejada para uma participação específica dos serviços atuais, de novas demandas sociais e do crescimento e desenvolvimento.

O posicionamento político, com respeito à Saúde e Educação não deve ser de cunho eleitoreiro, como o exemplo que nos dá o PAS (Plano de Atendimento a Saúde) do estado de São Paulo, tão aplaudido pela população, e que realmente prestava bons serviços, porém a um custo elevado, e que a administração eleita (o PAS foi um dos estandartes da campanha) não pode manter. Atualmente, começa a fechar alguns postos de atendimento, deixando a população sem assistência ZILBERSTAJN et al. (1999)

O Hospital de Clínicas não pode restringir-se aos serviços prestados, no atual estágio. É fundamental que os serviços de excelência atuais, se mantenham nos mesmos patamares e através deles, os demais sejam elevados à mesma categoria.

O exemplo mais completo e gratificante, ocorreu com os Serviços de Análises Clínicas e de Hemoterapia que se desenvolveram motivados pela implantação do Serviço de Transplante de Medula Óssea.

As novas técnicas de diagnóstico, propiciam maior segurança ao profissional e ao paciente, menor desconforto, no momento do exame, evita necessidade de internação, com conseqüente redução do custo operacional do hospital. Obviamente, a instituição deve estar atenta aos estudos de viabilidade econômica, mobilizando todos os esforços no sentido da modernização.

- **Administração**

Para que haja compreensão uniforme dos objetivos, políticas, planos e métodos, os mesmos devem ser debatidos amplamente na comunidade interna, envolvendo a administração superior e intermediária, em sistema colegiado.

É importante que se discutam os conteúdos da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para Educação e suas conseqüências para o Hospital Universitário, pois esta é uma legislação já consolidada. Ainda em tramitação no Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional (PEC)-207, que trata da autonomia das Universidades e dos Hospitais Universitários, também deve ser discutida, para que, quando, e se implantada na forma proposta, saibamos administrar dentro dos novos parâmetros.

Os debates são importantes, para que, após conhecimento das novas regras governamentais, os administradores saibam estabelecer onde estão as forças e fraquezas da organização, vislumbrar tendências e oportunidades para o futuro, planejar os serviços para ir de encontro às demandas dos cidadãos, novos desafios, novos problemas e intensificação dos investimentos da instituição.

- **Finanças**

De acordo com o estabelecido anteriormente, executar planejamento financeiro para determinar necessidades governamentais e funcionais de crescimento. Realizar estudos de viabilidade econômica no sentido da impressão favorável de receitas e superávites, considerando rápidas mudanças e a competição intensa.

- **Pessoal**

Manter pleno conhecimento do potencial humano disponível na administração para determinar as necessidades de crescimento, através de estímulo àqueles que estão nas áreas consideradas como prioritárias pelo planejamento, a fim de permitir maior independência por parte dos funcionários.



Apesar das estatísticas demonstrarem aumento do número de leitos privados contra redução do número de leitos públicos; sabendo ainda que os primeiros apresentam definições estratégicas, planejamento, estabelecimento de metas e obtenção de resultados contra muito pouco, ou mesmo inexistência nos segundos, constata-se a viabilidade dos hospitais públicos, desde que eles atendam aos requisitos do gerenciamento competitivo pela busca de resultados.

## **Capítulo 3 – GERENCIAMENTO ESTRATÉGICO**

### 3. GERENCIAMENTO ESTRATÉGICO

Seja qual for sua natureza e suas finalidades, uma empresa obedece a um sistema de organização: é a realidade do gerenciamento. A empresa deve também seguir em uma direção, a partir de um ponto fixo, porém evolutivo, que é o meio-ambiente: é papel da estratégia.

Gerenciamento e estratégia devem portanto evoluir harmonicamente, pois às adaptações permanentes da empresa ao seu meio-ambiente deve corresponder uma adaptação constante de sua organização. Pode-se dizer, que não é exagerado falar-se de gerenciamento estratégico, tendo em vista o caráter obrigatoriamente complementar e paralelo dos dois processos.

As noções de gerenciamento e de estratégia devem ser bem definidas, para que se possa julgar sua aplicabilidade ao setor hospitalar.

DRUCKER (1995) propôs o julgamento do desempenho de um administrador através dos critérios gêmeos de **eficácia** - capacidade de fazer as coisas "certas" - e **eficiência** - a capacidade de fazer as coisas "certo". Desses dois critérios, pelo que sugere Drucker, a eficácia é o mais importante, já que nenhum nível de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha dos objetivos errados. Esses dois critérios seguem paralelos aos dois aspectos do planejamento: determinar os objetivos "certos" e em seguida escolher os meios "certos" de alcançar esses objetivos. Ambos os processos são vitais para o processo da administração.

#### A IMPORTÂNCIA DOS OBJETIVOS

Segundo DRUCKER (1995), todos nós temos sonhos de fama e fortuna, de obter o respeito e a admiração dos outros. Para realizar nossos sonhos, entretanto, precisamos determinar objetivos específicos e mensuráveis com prazos finais realistas e alcançáveis. O mesmo é verdadeiro para as organizações. Os objetivos são importantes por pelo menos quatro razões:

1- *Os objetivos proporcionam um senso de direção.* Sem um objetivo, os indivíduos e as organizações tendem a andar sem rumo, reagindo às mudanças ambientais sem um sentido claro do que realmente desejam alcançar. Estabelecendo objetivos, as pessoas e as organizações reforçam sua motivação e obtêm uma fonte de inspiração que as ajuda a superar os inevitáveis obstáculos que encontram.

2- *Os objetivos focalizam nossos esforços.* Toda pessoa e toda organização têm recursos limitados, que podem ser utilizados para alcançar vários objetivos. Ao selecionar apenas um objetivo ou um conjunto de objetivos relacionados, comprometemo-nos com a forma através da qual usaremos os nossos recursos escassos e começamos a estabelecer prioridades. Isso é especialmente importante para uma organização, que precisa coordenar as ações de muitos indivíduos.

3- *Os objetivos guiam nossos planos e decisões.* Você deseja tornar-se um campeão de xadrez? Ou um campeão de ginástica? As respostas a tais perguntas irão moldar tanto seus planos de curto quanto de longo prazo, e vão ajudá-lo a tomar muitas decisões cruciais: As organizações se deparam com decisões semelhantes, que são simplificadas se se pergunta: Qual é nosso objetivo? Esta ação vai levar a organização para perto ou para longe de seu objetivo?

4- *Os objetivos nos ajudam a avaliar nosso progresso.* Um objetivo claramente estabelecido e mensurável, com um prazo final específico, facilmente se torna um padrão de desempenho que permite aos indivíduos e aos administradores avaliarem seu progresso. Assim, os objetivos são uma parte essencial do *controle*, o processo de garantir que as ações correspondam aos objetivos e aos planos criados para alcançá-los. Se acharmos que estamos saindo do rumo ou se encontrarmos contingências não previstas, podemos iniciar uma ação corretiva modificando nosso plano. Algumas vezes, o “replanejamento” é, na verdade, um fator-chave no sucesso de uma organização.

O presente estudo refere-se a uma organização pública, entendida como empresa que não visa lucros. Vários autores trabalham com organizações sem fins lucrativos, principalmente, porque o momento é de responsabilidade social.

## O AMBIENTE DAS ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS

Em quase todo o transcurso deste século, o ambiente das organizações sem fins lucrativos permaneceu muito menos turbulento do que o das demais organizações, conforme ANSOFF (1990). A empresa ocupou o centro do palco da sociedade e foi a líder conhecida do progresso social. O governo, os serviços sociais e a educação constituíram os “resíduos” da estrutura social, recebendo, marginalmente, recursos financeiros e permanecendo quiescentes. Não obstante, esta falta de atrativos foi recompensada com a segurança. A manutenção de sua sobrevivência e sua solvência financeira eram proporcionadas por orçamentos governamentais, doações e angariação de dinheiro público. As entidades fornecedoras de subsídios proporcionaram uma renda virtualmente garantida e, muito raramente, questionavam a capacidade do receptor de atender às necessidades de seu mercado, nem sua eficiência na utilização do subsídio. Tipicamente, a renda proveniente de receita comercial constituía apenas uma pequena porcentagem da renda total das organizações sem fins lucrativos e, igualmente de maneira típica, as transações de mercado eram conduzidas com uma perda líquida, que era compensada por doações, subvenções e subsídios.

“Como resultado a atividade empresarial e a de marketing eram inexistentes na maioria das organizações sem fins lucrativos. Elas eram extremamente introvertidas, divorciadas da realidade ambiental e internamente ineficientes” ANSOFF (1990, p.39).

As raízes da mudança, nos Estados Unidos, remontam à presidência de Franklin D. Roosevelt, que iniciou a tendência em direção ao chamado “governo grande”, que passou a assumir, progressivamente, responsabilidade pelo bem-estar social.

Nos países desenvolvidos da Europa Ocidental, a mudança foi propelida, no período pós Segunda Guerra Mundial, por novos governos comprometidos com a ideologia socialista. À medida que os governos cresceram, suas agências se tornaram cada vez mais influentes no cenário social.

O crescimento explosivo das despesas com o governo e com o bem-estar social alcançou tal nível que não se pode mais tolerar a ineficiência. Como resultado, as organizações sem fins lucrativos encontram-se sujeitas à crescente pressão no sentido de emular a eficiência das firmas comerciais. Os empreendimentos do governo em novas áreas de necessidade social - saúde pública, exploração do espaço, transportes públicos, preservação do ambiente - estão forçando as organizações sem fins lucrativos a executar atividades de natureza empresarial e de criação de produtos e mercados que, anteriormente, eram de exclusividade da firma. O hospital, um dos recentes beneficiários do astronômico crescimento das despesas com saúde, vê-se diante da perspectiva de um deslocamento fundamental da cura de enfermos para a manutenção das pessoas em bom estado de saúde. A universidade, similarmente uma recente beneficiária da vasta expansão, defronta-se com problemas de supercapacidade, déficits orçamentários e crescente desencantamento social com a irrelevância de um modelo de educação superior do Século XVII face à realidade do Século XXI, ANSOFF (1990).

Em resumo, verifica-se que no decorrer dos últimos vinte anos houve uma acentuada escalada da turbulência ambiental. Para a firma, isto significou uma transformação do mundo familiar de marketing e de produção para um mundo desconhecido de estranhas tecnologias, estranhos concorrentes, novas atitudes dos consumidores, novas dimensões do controle social e, acima de tudo, o questionamento do papel da firma na sociedade. Para as organizações sem fins lucrativos, significou uma transição da perspectiva introvertida prevalecente há séculos para a abertura das portas voltadas para o ambiente. À vista da janela descortina uma sociedade que, por um lado, lança um desafio à relevância social das organizações sem fins lucrativos e, por outro lado, demanda a expansão de seus serviços e o aumento de sua eficácia.

## MISSÃO.

A diferença principal entre organizações lucrativas e as sem fins lucrativos está em sua missão e objetivo de lucro. A linha de resultado final para as empresas é conseguir um retorno do investimento para si e para os seus acionistas, provendo bens e/ou serviços aos clientes a um preço mais alto do que seu custo de produção e distribuição. Para a maioria das organizações que não têm como finalidade o lucro, a

linha de resultado final é principalmente prover serviços que melhorem a qualidade de vida de seus clientes. Esta é a premissa da missão do Hospital de Clínicas, no que tange principalmente ao item Assistência. O atendimento hospitalar deve promover a melhoria da qualidade de vida da comunidade, independente do lucro. Porém, isto é verdadeiro no percentual de leitos destinados ao SUS contratualmente (70%), nos demais deve-se promover o atendimento considerando a manutenção dos 70% restantes.

### ESTRATÉGIA.

As estratégias das empresas públicas e privadas devem ser diferentes. Embora ambos os tipos de organizações produzam um bem ou serviço, vendam-no ou comercializem-no, lidem com finanças e preencham os quadros da organização com empregados, suas estratégias são diferentes. Em geral, as organizações sem fins lucrativos tendem a dar menos atenção a estratégias do que as empresas privadas. Em vez disso, dão mais ênfase aos planos ou táticas de curto prazo.

### ORÇAMENTO.

O orçamento é tanto um veículo de planejamento como um dispositivo de controle nas organizações orientadas para lucro. Para os grupos sem fins lucrativos é principalmente um dispositivo de controle. Nas organizações orientadas para lucro há um incentivo para reduzir custos e, assim, contribuir para mais lucros. O incentivo oposto está em efeito nas organizações sem fins lucrativos; freqüentemente, se um órgão do governo, considerado aqui com empresa que não visa lucro, não despende seu orçamento todo, no ano seguinte recebe um montante menor, ainda sendo obrigado a devolver o que não foi gasto no exercício vigente.

### USO DE VOLUNTÁRIOS.

Com a possível exceção do governo, as organizações sem fins lucrativos fazem grande uso de voluntários, nos Estados Unidos, segundo DRUCKER (1995). Conquanto o uso de voluntários possibilite ao setor não privado desempenhar seus serviços, isso também complica o trabalho de administrar o pessoal profissional pago. Dá origem a um problema de prestação de contas porque os voluntários assumem perante o conselho de administração as responsabilidades gerenciais; no entanto, “raramente essas pessoas têm

um relacionamento direto de prestação de contas com os empregados administrativos pagos”. Além disso, quando os voluntários estão trabalhando diretamente para, ou em cooperação com os empregados pagos, estes não podem usar os habituais incentivos monetários quando têm de se haver com mau desempenho. Em lugar disso, têm de apelar para necessidades de níveis mais elevados, como realização, altruísmo, responsabilidade e trabalho criativo e desafiador.

## CONCEITOS APLICÁVEIS AO SETOR SEM FINS LUCRATIVOS

Há muitos conceitos e princípios das organizações orientadas para lucro que são aplicáveis ao setor sem fins lucrativos. Escolhemos três que são especialmente relevantes e que podem fazer uma diferença significativa na efetividade organizacional. Estes conceitos são (1) planejamento estratégico e administração por objetivos (APO), (2) marketing e (3) os estilos mais novos de liderança.

DRUCKER(1996), declarou que o ponto de partida para aumentar a efetividade organizacional é definir a missão da organização. A declaração da missão afeta tudo o que se segue - planejamento estratégico, estabelecimento de metas, estratégia de marketing, avaliação e outros fatores.

Uma explicação comum do fracasso das organizações sem fins lucrativos é que elas não têm metas tangíveis. De acordo com este ponto de vista, as empresas têm metas definidas de lucro que guiam seus membros, e o lucro também se torna a medida do sucesso ou fracasso da firma. Vale lembrar, todavia, de que a rentabilidade é somente uma medida de sucesso para uma organização empresarial e que este lucro resulta apenas do provimento de um serviço de qualidade para a sociedade. A rentabilidade não é a única maneira das firmas medirem o progresso em direção a seu propósito. As empresas também medem a rentabilidade indiretamente, através da satisfação do cliente, do desenvolvimento de produtos novos, da implantação de novos programas, etc. A frequência à igreja é mensurável. O mesmo se dá com os donativos dos paroquianos; assim também com a matrícula na escola dominical e com os escores de testes; com as visitas a hospitais e outras maneiras específicas de ampliar o desempenho de uma igreja.



KOTLER (1994), um perito em marketing, indicou que, de todas as funções empresariais, marketing foi a última a chegar ao cenário das organizações sem fins lucrativos. Uma razão é que tais organizações operaram em um mercado de vendedores por muitos anos - faculdades e hospitais na década de 1960, por exemplo. Uma outra razão é que muitas dessas organizações supõem que a qualidade da causa e serviço se venderá por si mesma e, por isso, não desenvolvem um plano de marketing e um sistema de entrega de serviço. Hoje, em resultado do apoio reduzido, este modo de pensar mudou drasticamente.

Todas as organizações têm um produto ou serviço que querem vender ou prover a um dado mercado ou clientes. Para isso, usam uma ampla variedade de técnicas de marketing a fim de induzirem seus clientes a aceitarem o que elas têm a oferecer. Em outras palavras, muitas organizações sem fins lucrativos estão chegando à conclusão de que precisam ter mentalidade de lucro em um mundo que não visa lucros. O objeto não é realizar um lucro para os acionistas, mas para reinvestir fundos a fim de aumentar o serviço ou, em alguns casos, simplesmente sobreviver. Em resultado, estão sendo levantadas perguntas quanto a novos mercados para os serviços existentes.

Ainda citando DRUCKER(1995), em *Repensar - Administrando em Tempos de Grandes Mudanças*.

“Numa situação de desordem, a primeira reação é sempre fazer aquilo que o vice-presidente Gore e seus associados estão fazendo: remendar. Nunca dá certo. O próximo passo é recorrer aos cortes. A administração pega um facão e sai dando golpes indiscriminadamente. É isso que tanto os republicanos como a administração Clinton se propõem a fazer agora. Nos últimos quinze anos, todas as grandes empresas americanas fizeram isso, entre elas a IBM, a Sears e a GM. Cada uma anunciou antes que a demissão de 10.000, 20.000 ou mesmo 50.000 pessoas iria levar a uma reformulação imediata. É claro que um ano depois nada havia acontecido, e a empresa demitia outros 10.000, 20.000 ou 50.000 - mais uma vez, sem resultados. Na maioria dos casos, os cortes de

pessoal mostraram ser aquilo contra o que os cirurgiões por séculos sempre alertaram: “amputação antes do diagnóstico”. O resultado é sempre uma incapacitação.

Mas houve algumas organizações - grandes empresas (a GE, por exemplo) e grandes hospitais (como o Beth Israel, em Boston) - que, em silêncio, sem alarde, se reformularam, *repensando* a si mesmas. Elas não começaram pelos cortes e sabiam que iniciar pela redução de gastos não seria o caminho para conseguir o controle de custos. O ponto de partida é identificar as atividades que são produtivas, que devem ser fortalecidas, promovidas e expandidas. Toda agência, política, atividade e programas devem ser confrontados com as seguintes perguntas: “Qual é sua missão?” “Ela ainda é a missão correta?” “Isto ainda vale a pena ser feito?” “Se já não estivéssemos fazendo isso, nós começaríamos a fazer agora?” Este questionamento tem sido feito com frequência em todos os tipos de organizações - empresas, hospitais, igrejas e até governos municipais - e sabemos que funciona.

A resposta global quase nunca é : “Isto está ótimo como está; vamos continuar assim”. Em muitas áreas, a resposta à pergunta é: “Sim, começaríamos de novo, mas com algumas mudanças. Aprendemos alguma coisa”.

### **3.1 VANTAGEM COMPETITIVA**

As empresas estão a meio caminho de uma transformação revolucionária. A competição da era industrial está se transformando na competição da era da informação. Durante a era industrial, o sucesso das empresas era determinado pela maneira como se aproveitavam dos benefícios das economias de escala e do escopo. A tecnologia era importante, porém as empresas bem-sucedidas eram sempre aquelas que incorporavam as novas tecnologias aos ativos físicos que permitiam a produção em massa eficiente de produtos padronizados.

O advento da era da informação tornou obsoletas as regras da concorrência. As empresas não conseguem mais obter vantagens competitivas sustentáveis apenas com a alocação de novas tecnologias a ativos físicos. Este impacto é muito mais relevante para

a área de serviços do que para a indústria. Várias áreas, entre elas a de serviços médicos, conviveram por muito tempo com um ameno ambiente não-competitivo; isto é ainda mais significativo quando se trata do serviço público. Não havia liberdade para entrar em novos negócios e determinar o preço de seus serviços. Em compensação, órgãos de governo protegiam essas empresas contra o ingresso de competidores potencialmente mais eficazes ou inovadores, e fixavam preços em níveis que ofereciam um retorno adequado sobre o investimento realizado e a base de custo.

O ambiente da era da informação, tanto para as organizações do setor de produção quanto para as do setor de serviços, exige novas capacidades para assegurar o sucesso competitivo. A capacidade de exploração e mobilização dos ativos tangíveis ou invisíveis tornou-se muito mais decisiva do que investir e gerenciar ativos físicos tangíveis. Segundo KAPLAN e NORTON (1997, p.4), os ativos intangíveis permitem que uma empresa:

- “Desenvolva relacionamentos que conservem a fidelidade dos clientes existentes e permitam que novos segmentos de clientes e áreas de mercado sejam atendidos com eficácia e eficiência.
- Lance produtos e serviços inovadores desejados por seus clientes-alvo.
- Produza bens e serviços customizados de alta qualidade a preços baixos e com ciclos de produção mais curtos.
- Mobilize as habilidades e a motivação dos funcionários para a melhoria contínua de processos, qualidade e os tempos de resposta.
- Utilize tecnologia da informação, bancos de dados e sistemas”.

O fundamental em se estabelecer estratégias consiste em enfrentar a concorrência. Isto é encarado de forma distorcida pelo gerente das instituições públicas; muitos deles acreditam que estas instituições não possuem concorrentes, atribuindo, única e exclusivamente ao governo a responsabilidade pela sua situação. Não se tem a compreensão de que a competição não se manifesta apenas na figura dos outros participantes. Segundo PORTER (1979), “os clientes, os fornecedores, os entrantes

em potencial e os produtos substitutos, todos são concorrentes mais ou menos ostensivos ou ativos, dependendo do setor”.

Ainda segundo PORTER (1979), o estado de competição de um setor depende de cinco forças básicas: das manobras pelo posicionamento entre os atuais concorrentes, o poder de negociação dos fornecedores, o poder de negociação dos clientes, a ameaça de novos entrantes e a ameaça de serviços ou produtos substitutos. Quanto mais fracas as forças em termos coletivos, maiores as oportunidades para a desempenho superior.

O conjunto destas cinco forças deve ser analisado sob a ótica da Lei de Autonomia Universitária, a qual fará mudar completamente o cenário para os Hospitais Universitários. O artigo 4º estabelece as atribuições das universidades, sendo que uma delas é firmar contratos, acordos e convênios; ou seja, o Hospital Universitário poderá firmar convênio com sistemas de medicina de grupo, planos de saúde, cooperativas médicas, sendo remunerado de acordo com as tabelas específicas ou até com tabela própria, pelos serviços prestados. Isto posto, o Hospital poderá auferir recursos passíveis de investimentos na sua infra-estrutura, na melhoria e atualização de equipamentos, na distribuição de recompensas às pessoas que trabalham na instituição, criando assim a espiral do crescimento. Com essa nova perspectiva, os demais hospitais passarão a encarar o Hospital de Clínicas como uma força competitiva e não mais como a única solução para os indivíduos adoentados e com dificuldades financeiras.

## A AMEAÇA DE NOVOS ENTRANTES

A Curva de Experiência deve ser usada a favor da instituição. É bem verdade que isto fica dificultado face à presença do aluno em constante rodízio nos diversos serviços, que representa o estar iniciando aprendizagem todos os dias. Porém, aquele indivíduo permanente, seja médico, enfermeira ou técnico-administrativo, deve agregar os melhores conhecimentos e repassá-los aos iniciantes. Com isto mantém-se

a vantagem competitiva de redução de custos unitários, incluindo as economias de escala, a curva de aprendizagem da mão-de-obra e a substituição do trabalho pelo capital. Portanto devemos utilizar a curva da experiência de forma a inibir novos entrantes.

## **FORNECEDORES E COMPRADORES FORTES**

Os fornecedores podem exercer o poder de negociação através da elevação de preços ou da redução da qualidade dos bens e serviços. Desta forma os fornecedores podem prejudicar a rentabilidade de um setor que não disponha de possibilidade de repasse dos custos para seu próprio preço. De forma análoga, os clientes podem forçar a baixa de preços, ou exigir maior qualidade na prestação de serviços, dando preferência aos concorrentes, também em detrimento do lucro do setor.

Na situação atual, o preço é fixo e determinado pelo governo, pois a prestação de serviços é exclusiva ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, com a possibilidade de execução de convênios, isto poderá ser negociado entre as partes. Primeiramente, colocando a organização na posição de fornecedores. Pode ser considerada como fornecedor poderoso pois seu produto é considerado diferenciado pela diversidade de atendimento, principalmente naqueles serviços tidos como referência nacional, onde existem muito poucas instituições com o mesmo perfil.

Colocando-se agora na posição de comprador. O Serviço Público via de regra, é um mal comprador. Seja pela burocracia, que retarda as aquisições, seja pela situação econômica, que atrasa os pagamentos. No entanto, a organização representa um comprador poderoso pelos grandes volumes negociados, principalmente no que tange aos insumos assistenciais (medicamentos, gêneros alimentícios, material de limpeza e manutenção), há grande padronização e que persiste por longos períodos de tempo. No entanto, a qualidade é fator preponderante, o que reduz a possibilidade de jogar com muitos fornecedores, diminuindo assim as negociações.

No que diz respeito à avaliação da qualidade, algumas instituições já se utilizam de um procedimento de pré-qualificação. Estabelece-se padrões de qualidade que deverão ser avaliados anteriormente ao processo licitatório, habilitando desta forma os participantes sob este aspecto. A legislação ainda impõe restrições a este procedimento alegando ser tendencioso, representando benefício específico. Esta prática porém, seria extremamente benéfica para a instituição, reduzindo os prazos de teste de materiais/insumos/equipamentos, consequentemente reduzindo os prazos de aquisição.

Com o gradual crescimento das certificações pelas várias normas internacionais, acredita-se que isto passe a ser aceito pelo governo federal, o que traria benefícios substanciais à administração pública.

Outro fator que pode ser utilizado como força de argumentação junto aos fornecedores, é a possibilidade de incorporação do produto/serviço, representando uma ameaça de integração para trás.

As opções da empresa em relação aos fornecedores ou aos grupos de compradores devem ser encaradas como decisões estratégicas cruciais. A empresa é capaz de melhorar sua postura estratégica descobrindo fornecedores ou compradores que disponham do menor poder de afetá-la de forma negativa.

Se a empresa carece da posição de baixo custo ou de produto único, a venda a qualquer cliente é autodestrutiva, pois, quanto mais elevadas as vendas, maior a vulnerabilidade. A empresa talvez tenha de concentrar coragem para recusar negócios e vender apenas para compradores menos poderosos. Ao hospital público esta assertiva não pode ser levada à risca. O hospital tem uma função social a cumprir, que está definida no contrato com o Ministério da Saúde. Porém este convênio, estabelece um limite mínimo de atendimento gratuito de 70%, restando 30% para representar a “coragem” para atender a clientela diferenciada, sendo um número bem inferior, porém com alta rentabilidade.

## O QUE É ESTRATÉGIA ?

Há muito tempo que os administradores estão percebendo a necessidade de atuar segundo um conjunto de regras que lhes proporcionem maior flexibilidade para reagir às mudanças competitivas e de mercado. É importante atuar segundo as melhores práticas, ou seja, utilizar o *benchmarking* para saber qual a sua posição relativamente à concorrência. O posicionamento não é mais uma característica que represente vantagem competitiva, face a sua pouca dinâmica em relação aos mercados e tecnologias. Qualquer concorrente pode atuar segundo as mesmas tecnologias e sua posição no setor estará ameaçada. O que se tem presenciado são processos de autoflagelação na busca de estruturas mais ágeis e delgadas, o que não necessariamente representa uma vantagem sustentável.

É importante que neste ponto se defina a META da instituição. Como qualquer empresa, a da instituição pública, além do caráter assistencial e educador, é o retorno sobre o investimento através de um desempenho superior. É preciso entender completamente o negócio, ou seja, elucidar a lucratividade do setor e a posição ocupada pela instituição neste setor. Nesta avaliação todas as instituições hospitalares devem ser analisadas, independente de ser pública ou privada, pois a vantagem competitiva advém de cada atividade realizada com eficiência.

Como já foi visto, a eficiência operacional, conceituada como fazer melhor que o concorrente, leva à convergência competitiva, onde todas as empresas do setor competem em uma mesma base. Desta forma o cliente fará a opção com base no preço. É papel fundamental da estratégia escolher o “COMO” competir, a maneira de agregar valor tornando-se singular ao cliente. O lema da estratégia é ser diferente. É criar um *mix* de produtos que cativa ainda mais os clientes já atendidos e atraia novos clientes. Um exemplo disto é o Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, que oferece instalações com característica de hotelaria agregada ao atendimento médico. Isto ocorre para pacientes de menor risco, sendo pago pelo plano de saúde, proporcionando maior conforto ao paciente. Esta é uma estratégia, pois é o que o distingue das demais instituições hospitalares.

Segundo PORTER (1979) existem três critérios de posicionamento: baseado na variedade, se fundamenta na escolha de variedades de produtos/serviços; na necessidade, que se fundamenta no atendimento à maioria das necessidades dos clientes; e no acesso, que se fundamenta na facilidade ou restrição das diferentes modalidades de acesso.

Estratégia é portanto, criar uma posição exclusiva e valiosa, envolvendo um diferente conjunto de atividades. Se houvesse apenas uma única posição ideal, não haveria necessidade de estratégia. A essência do posicionamento estratégico consiste em escolher atividades diferentes daquelas dos rivais.

## ATIVIDADES DE VALOR

A tecnologia da informação está alterando o modo das empresas trabalharem. A proposta é criar valor para os compradores, para assim deter uma maior fatia de mercado. Um conceito importante que acentua o papel da tecnologia de informação na competição é o de “cadeia de valores”. O conceito identifica as várias atividades diferenciadas, do ponto de vista tecnológico e econômico, que a empresa desempenha para executar seu negócio. São as chamadas “atividades de valor”. O valor gerado pela empresa é mensurado através do preço que os compradores estão dispostos a pagar pelo produto ou serviço. O negócio é rentável quando o valor que cria é superior ao custo do desempenho das atividades de valor. Para conquistar a vantagem competitiva em relação aos concorrentes, ela precisa desempenhar estas atividades a um custo inferior ou executá-las de modo a conquistar a diferenciação e o adicional de preço (mais valor).

As atividades de valor da empresa se enquadram em nove categorias: Infraestrutura da empresa, Gestão de Recursos Humanos, Desenvolvimento de Tecnologia, Compras de Bens e Serviços, Logística de Entrada, Operações, Logística de Saída, Marketing e Vendas e Serviços. As atividades primárias são as que compõem a criação física, a comercialização e a entrega do produto ao comprador, além do suporte e dos serviços pós-venda. As atividades de apoio



proporcionam os insumos e a infra-estrutura que possibilitam a execução das atividades primárias. Todas as atividades empregam insumos adquiridos, recursos humanos e uma combinação de tecnologias. A infra-estrutura da empresa, abrangendo funções como gerência geral, assuntos legais e contabilidade, sustentam toda a cadeia. Dentro de cada uma das categorias genéricas, a empresa desempenhará várias atividades distintas, dependendo do negócio em especial.

A cadeia de valores de uma empresa é um sistema de atividades interdependentes conectadas por elos. Os elos surgem quando a maneira como uma atividade é desempenhada afeta o custo ou a eficácia de outras.

De uma forma mais ampla, a cadeia de valores de uma empresa está inserida numa gama mais ampla de atividades, denominada de sistema de valores. Ou seja, no sistema de valores, está incluída a cadeia de valores dos fornecedores. Na medida em que a empresa melhora os canais de comunicação e de troca com seus fornecedores, todos apresentam maiores condições de auferir benefícios.

### **3.2 COMPETIÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

O setor de assistência médica no Brasil, assim como no Estados Unidos, precisa passar por reformas. Na forma como estão sendo propostas estas reformas, todas se concentram na redução de custos obtida de uma única vez, pela eliminação de desperdícios e de ineficiências. Como a Constituição prevê assistência universal, essas economias deverão ser suficientes para realizar este tipo de atendimento. No entanto o questionamento correto a ser feito deverá ser , como conseguir uma redução drástica de custos sustentável ao longo do tempo e sem abdicar da qualidade atual e ainda tentar melhorar estes padrões. Como abordar as novas questões sobre a prevenção e o tratamento de doenças, sobre novos meios de prestar serviços e sobre instalações mais eficazes em relação aos custos ?

A resposta está nas lições aprendidas pelas empresas sobre competição. Em todos os setores, a competição é o motor que impele as empresas a aumentarem o valor

ofertado aos seus clientes. A inovação é a estratégia que impele à melhoria da qualidade e redução de custos. Há que se manter incentivos para sustentar a inovação na assistência médica, sob pena de retrocesso pela adoção de economias de curto prazo, e contando com a passividade da população em aceitar o tratamento disponível e não o melhor e mais adequado.

Atualmente a tecnologia, ou melhor, o avanço tecnológico, é considerado como o grande vilão que pressiona os custos da assistência médica para cima. Segundo PORTER (1991), nos Estados Unidos é possível proporcionar acesso universal e custos baixos sem o sacrifício da qualidade, mas apenas se permitirem a atuação da competição em todos os níveis do sistema de assistência médica. Se esta premissa é válida para os Estados Unidos, também é válida para o Brasil, e mais, para instituições públicas ou privadas.

Avaliando-se a situação atual, somos levados a acreditar que a competição falhou na dimensão do *custo*. Quando analisado mais cuidadosamente, observamos que não é competição que falhou, mas sim que os incentivos em todo o sistema foram de tal modo distorcidos, que não se submetem mais às normas da competição. Os preços continuam elevados mesmo quando há excesso de capacidade. As tecnologias continuam caras mesmo quando são amplamente difundidas. Os hospitais e médicos se mantêm no negócio mesmo quando cobram preços mais altos pela mesma qualidade de serviços ou não prestam serviços de boa qualidade. Até há pouco tempo, os incentivos só se aplicavam às inovações que aumentavam os custos ou melhoravam a qualidade, independentemente dos custos.

Nos diversos setores, os consumidores exercem a decisão de compra e pagam pelos produtos e serviços. Na assistência médica segregam-se a decisão de compra, o pagamento e a recepção dos serviços. Em consequência, há muitos tipos de clientes: os empregadores que pagam a cobertura de assistência médica aos seus empregados; os terceiros pagantes, como companhias de seguros e empresas de prestação de assistência médica; os pacientes, que, em última instância, recebem a assistência médica; e os médicos, que determinam ou recomendam exames e tratamentos para os

pacientes. Esses clientes tem interesses diferentes. O empregador está interessado em pagar o prêmio mais baixo e proporcionar o suficiente para manter os empregados ou cumprir as obrigações contratuais. Os terceiros pagantes estão preocupados em gastar menos com a assistência médica do que a receita decorrente dos prêmios. O paciente segurado quer encontrar a melhor qualidade, independente do custo. E o médico assistente em geral tem incentivos para pedir mais serviços.

Essa diversidade de interesses leva a conflitos entre pagantes, provedores e pacientes. Isto seria absolutamente desnecessário, se houvesse o entendimento mútuo da busca da melhor qualidade, com redução de custos, pois estudos já demonstraram que a melhor qualidade tem custos inferiores. Advém daí, a importância das organizações hospitalares terem suas planilhas de custos perfeitamente apropriadas para apresentar às companhias seguradoras e de assistência médica no momento da negociação dos preços dos procedimentos. As seguradoras também devem buscar a garantia da qualidade e melhor atendimento aos seus segurados afim de ampliar sua fatia de mercado. Estes mesmos custos deveriam ser abertos aos pacientes quando do recebimento de suas faturas. Desta forma estaria se trabalhando no sentido de fortalecer as relações entre cliente e fornecedor, ou melhor entre os vários clientes.

A falta de informações comparativas relevantes, com base em indicadores significativos de resultados médicos, compromete o processo decisório. Em áreas de igual complexidade e especialização, os clientes exigem a apresentação de propostas competitivas referentes aos produtos ou serviços e estabelecem critérios exatos para sua apreciação. No entanto, na área médica, as deficiências de informações comparativas e a falta de indicadores de resultado significativos criam incentivos para que os hospitais e os médicos concorram entre si com base no que é observável: as instalações físicas, os equipamentos, a diversidade de serviços, a presença dos médicos e mesmo os preços elevados.

Os indicadores de grau de satisfação dos clientes não são satisfatórios. A informação correta se refere aos resultados de curto e de longo prazo no tratamento para determinadas doenças por provedores específicos, levando em conta a saúde

geral do paciente. Face à diversidade de serviços na assistência médica, deve ser desenvolvido um sistema de informação e indicadores de resultados referentes às condições e aos tratamentos específicos, em vez de confiar em comparações agregadas de redes de provedores ou de planos de pagamentos.

## OS MÉDICOS E OS INCENTIVOS

Os profissionais de medicina tem praticado uma ampliação na solicitação de exames complementares, no sentido de obter maior confiabilidade no diagnóstico. Por outro lado, estudos demonstraram que a demanda por serviços médicos é mais elevada nas áreas onde há mais profissionais. Isto também faz com que se dê preferência ao especialista em detrimento do generalista. Cresce a demanda por cursos de especialização, com adensamento de profissionais especialistas nos grandes centros, fazendo com que as remunerações sejam menores, enquanto nas cidades do interior, não existe número suficiente de profissionais, nem mesmo generalistas. Num sistema competitivo, a renda potencial dos especialistas, hoje mais elevado do que a dos clínicos, declinaria com o excesso de oferta. Mas como a disponibilidade de especialistas gera a demanda por atendimento especializado, o excesso de oferta se perpetua a si mesmo.

Além de prover atendimento, os médicos também atuam como agentes de compra dos pacientes, solicitando exames ou os encaminhando a outros profissionais. Tradicionalmente, os médicos não tinham incentivos para levar em conta os custos na indicação de laboratórios, serviços complementares, pois o seguro dos pacientes pagava a conta. Ao, contrário, a conveniência, os procedimentos estabelecidos, a qualidade percebida ou as recompensas financeiras diretas, decorrentes de participações societárias em laboratórios ou em instalações, determinavam os padrões de encaminhamento dos médicos independentes.

Um estudo da Universidade Estadual da Flórida, segundo PORTER (1999, p. 442), constatou que os laboratórios de propriedade de médicos na Flórida executavam duas vezes mais exames por paciente do que os independentes. No entanto é preciso avaliar a qualidade na realização dos exames; se estes laboratórios

forem mais eficientes, seria absurdo vetar a sua realização. Recai-se novamente na situação de que os profissionais deveriam receber incentivos para melhorar a saúde, ao invés de aumentar o uso dos serviços de saúde.

## COMO ENFRENTAR AS DIFICULDADES

A verdadeira revolução da qualidade, introduzida globalmente no últimos anos, trouxe consigo novas formas de abordagem no relacionamento cliente-fornecedor. A abordagem comum nas empresas era considerar o fornecedor como um antagonista. Era generalizada a idéia de que o fornecedor estaria sempre mal-intencionado, procurando auferir o maior lucro possível, à custa do prejuízo do cliente (o que muitas vezes é verdadeiro!). hoje em dia podemos dizer que situações como a descrita são cada vez mais raras. Entre cliente e fornecedor, procura-se desenvolver um clima de confiança mútua, onde ambos saem ganhando. É o que se convencionou chamar de *parceria*. Nessas situações o fornecedor ajuda no desenvolvimento do projeto do produto, na análise e melhorias do processo produtivo do seu cliente, garante a qualidade, abre sua planilha de formação de custos e preços e, em contrapartida, recebe um contrato de fornecimento por um período normalmente igual ao da vida do produto para o qual foi escolhido fornecedor (MARTINS e LAUGENI, 1999).

Quando essa relação de parceria atinge um elevado grau de evolução, traduzida em confiança mútua, participação, fornecimento com qualidade assegurada etc., dá-se a ela o nome de *comakership*. Esse relacionamento requer um certo tempo para se consolidar, necessitando de amadurecimento, de conhecimento prévio da capacidade do fornecedor e confiabilidade do cliente. É necessária uma avaliação do fornecedor e, se for o caso, de seu desenvolvimento para finalmente chegar à fase de negociação de uma parceria. Devem ser avaliados os aspectos de custo, qualidade, pontualidade, inovação, flexibilidade, produtividade, instalações e capacitação administrativa/financeira.

Após conhecidos e esclarecidos todos os aspectos acima, as instituições envolvidas podem partir para o comakership, objetivando a melhoria da qualidade na prestação da assistência médica.

### **3.3 ESTRATÉGIAS DE FIM DE JOGO PARA O DECADENTE SERVIÇO PÚBLICO**

PORTER (1999), estabelece estratégias para aqueles setores ditos “decadentes”, ou seja, aquelas áreas que não mais apresentam condições de manterem-se no mercado, por razões variadas. Por defasagem de tecnologia, por entrantes mais fortes, incertezas quanto a oferta e demanda, por rebaixamento brutal de preços, etc. o que gostaríamos de demonstrar é que o Serviço Público, nos moldes em que está atualmente estruturado, é um setor “decadente”.

Não que se postule contrariedade ao Serviço Público, muito pelo contrário. É importante que aconteça uma completa reestruturação, de forma a eliminar a dependência única e exclusiva de verbas públicas, melhorar a eficiência da utilização das verbas provenientes de fontes públicas ou privadas e, em última instância, ampliar o atendimento às comunidades carentes. Esta tarefa é bastante complexa e extensa, visto que o mundo passa por transições de rápida mudança tecnológica com pouco ou nenhum crescimento econômico, segundo PORTER(1999). Basear-se-á a argumentação na necessidade de inovação, como sustentação para a melhoria organizacional, gerencial e funcional da instituição.

#### **CONDIÇÕES DE DEMANDA**

São muitas as razões para a queda da demanda de um setor. Os avanços tecnológicos fomentam os produtos substitutos, geralmente com custo mais baixo ou de melhor qualidade. Às vezes o grupo de clientes se reduz ou os compradores passam a enfrentar os próprios problemas. As mudanças de estilo de vida, nas necessidades dos compradores ou nas preferências também acarretam reduções na demanda. Por fim, o aumento do custo dos insumos ou dos produtos complementares provoca o encolhimento da demanda.

## AVANÇOS TECNOLÓGICOS

Com a redução da receita, a instituição fica impedida de fazer investimento em novas tecnologias, o que acarreta maiores despesas, tanto de mão-de-obra, como de insumos; ainda em contrapartida a insegurança em diagnósticos ou tratamentos, pela defasagem de equipamentos e recursos. Uma das soluções disponíveis é a terceirização. Lamentavelmente a burocracia do serviço público impede que esta negociação seja ágil, segura e rentável para o contratante. Quando ocorre, o contratado exorbita em garantias, o que acaba encarecendo a negociação.

## REDUÇÃO DE CLIENTELA

Como os recursos tecnológicos são limitados e lentos, ocorrem longas filas de espera, às quais a população carente nem sempre pode enfrentar. Além disso, a insegurança por falta de medicamentos e insumos para o atendimento hospitalar, fazem com que os clientes não mais procurem a instituição, visto que esta não é a única instituição do gênero na localidade. Por todos estes motivos é crescente o número de indivíduos que aderem à planos de saúde privados, os quais, também em função da concorrência, estão com preços mais convidativos ofertando uma qualidade muito superior. Em pesquisa realizada pelo HC-UFPR, constatou-se que aproximadamente 30% dos pacientes atendidos, tinham algum tipo de seguro saúde.

## AUMENTO DO CUSTO DOS INSUMOS

É simples questão de economia de escala. Quanto menos se compra, mais alto o custo unitário. Na medida em que se possa negociar quantidades maiores, prazos mais longos, os preços unitários fatalmente cairão, possibilitando melhores compras, garantindo o abastecimento e permitindo a ampliação do atendimento até o limite responsável de ocupação dos leitos. Todos estes aspectos estão fundamentados em uma excelente gestão de custos.

PORTER (1999), apresenta quatro estratégias para enfrentar a “decadência” do setor: Liderança, Nicho, Colheita e Desinvestimento Rápido.

**Liderança:** a empresa que segue esta estratégia busca a maior rentabilidade possível no setor. Em sendo mais rentável, a empresa tem maiores condições de controle sobre o processo de declínio e evita situações de guerra de preços. Basicamente a instituição deve desenvolver e divulgar informações de mercado confiáveis e manter o investimento em melhorias.

**Nicho:** o objetivo dessa estratégia de enfoque é identificar um segmento do setor em declínio em que a demanda permanecerá estável. Ora, o setor saúde sempre apresentará demanda estável ou crescente, ainda por uns dez anos, até que as políticas de prevenção estejam mais fortes, sendo inclusive este um nicho que o Hospital Universitário deveria investir maciçamente.

**Colheita:** o objetivo é aproveitar-se do prestígio, imagem e conceito da empresa, extraindo o maior fluxo de caixa possível do negócio. Elimina-se ou restringe-se drasticamente novos investimentos, manutenção das instalações, propaganda e pesquisa. Normalmente há prejuízos na confiança de clientes e fornecedores.

**Desinvestimento rápido:** desfazer-se do negócio rapidamente, antes que o declínio seja do conhecimento geral. Quanto mais cedo ocorrer a venda do negócio, maiores serão as incertezas dos compradores sobre a futura queda na procura.

Para o presente estudo, somente as estratégias de nicho e liderança podem ser utilizadas.

## AUTONOMIA DE GESTÃO

Trata-se de confiar ao hospital e seus dirigentes, uma margem de liberdade dentro da organização e gestão do estabelecimento, visando melhorar sua eficácia e seus resultados.

A contrapartida desta liberdade na condução dos assuntos do hospital, é a responsabilidade do dirigente frente à autoridade política ou administrativa superior.



Os métodos de gestão modernos aplicados dentro das empresas insistem particularmente sobre a autonomia e responsabilização dos quadros dirigentes. Na direção por objetivos, aquele que dispõe de poder, fixa unilateralmente um certo número de objetivos e acorda os meios que julga necessários ao cumprimento de tais objetivos. Trata-se de uma relação hierárquica tradicional, mas com uma verdadeira autonomia ao nível da utilização dos meios. Na direção participativa por objetivos, o dirigente é julgado e eventualmente premiado, em função dos objetivos sobre os quais ele se comprometeu. A liberdade é mais ampla neste caso, pois integra a negociação dos objetivos e dos meios para alcançá-los.

Como pode-se verificar, tudo depende do grau de liberdade que será acordado, da amplitude desta liberdade, e das contrapartidas que serão exigidas. Mas a idéia central que persiste é a da necessidade de uma reforma global onde se abandone a relação hierárquica clássica onde os subordinados não dispõem de nenhuma margem de argumentação e que se esforça, ao contrário, para privilegiar a criação de unidades tão autônomas quanto possível. Essas unidades serão os hospitais, que responderão a uma missão de interesse geral a serviço de uma política de saúde pública, e colocadas sob a autoridade de responsáveis, de preferência administrativos e não políticos.

Isto requer a formação e a escolha de profissionais devidamente habilitados. Não se deve recair na síndrome do qualquer um, ou seja, por falta de interesse por parte dos profissionais, ou por intervenções políticas, acaba-se optando por uma pessoa que não compreende as qualificações técnicas e pessoais necessárias, podendo levar o processo ao fracasso.

## **INOVAÇÃO COMO MOLA PROPULSORA**

Quando argumentamos que a dificuldade persiste em aspectos da gestão de custos, a primeira pergunta que surge é **O QUE FAZER E COMO FAZER**. O importante é saber que não há escassez de boas idéias. Para uma empresa tornar-se grande e duradoura, ela deve ter a característica de inovar constantemente. Disto o

serviço público é extremamente carente. Há décadas, todos os processos contábeis são executados da mesma forma, sem atender à evolução das dinâmicas do mercado ou à ampliação do atendimento ao cliente.

É preciso criar a mentalidade inovadora sem que se tenha a dependência do empreendedor criativo. O Hospital de Clínicas passou por uma fase em que o Diretor Geral era um empreendedor criativo. Porém a instituição não aprendeu como ser criativa, e quando este diretor não mais esteve presente, ela voltou ao antigo patamar de desempenho, onde a acomodação foi a tônica.

COLLINS e LAZIER (1996,p.127), identificam seis elementos básicos necessários para uma empresa tornar-se inovadora:

1. Receptividade a idéias de todos os lados
2. “Ser” o cliente
3. Tentativa e erro
4. Pessoas criativas
5. Autonomia e descentralização
6. Recompensas

“Para que as empresas sejam inovadoras é necessário que os gerentes tomem atitudes individualmente, para estimular a criatividade.

- Encoraje, não procure defeitos. Tenha em mente que não existe escassez de idéias boas e práticas, mas que existe uma tremenda escassez de receptividade às idéias.
- Não seja condenador. Pessoas que exercem crítica feroz destroem a criatividade e a iniciativa. O receio de ser criticado por ser feito e de sentir-se estúpido é o maior impedimento para as pessoas experimentarem, tomarem iniciativa e tentarem coisas novas.
- Ajude as pessoas tímidas. Algumas boas idéias nunca vão a lugar algum porque as pessoas que as têm são tímidas demais para expressá-las.

- Estimule a curiosidade. Curiosidade implacável, o puro desejo de conhecer as coisas, de testá-las, de ver se algo vai funcionar, promove a criatividade.
- Crie a necessidade. Necessidade – como diz o chavão – é a mãe da invenção.
- Permita tempo livre de desgaste. Pessoas altamente criativas, precisam de tempo livre para pensar em suas idéias e dos locais em que estas idéias fluem com maior intensidade; permita trabalho em casa, ou locais silenciosos, ou com música clássica. Invente.
- Catalise solução em grupo de problemas. O brainstorming e outras atividades em grupo produzem idéias extraordinárias.
- Requeira alegria. A alegria leva à criatividade. Tudo aquilo que é feito com prazer é muito mais produtivo”.

Depreende-se que as instituições públicas, carecem de formulação de estratégias competitivas, considerando o atendimento privado, o uso de voluntários e a obtenção de lucro, mesmo consideradas como organizações que não visam lucro, a fim de que o reinvestimento possa ser uma realidade. Salienta-se também a importância da consideração de clientes, fornecedores e provedores, como parceiros e não como agentes de retaliação.

## **Capítulo 4 – O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO EMPRESA VISIONÁRIA QUE APRENDE**

#### **4. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COMO EMPRESA VISIONÁRIA QUE APRENDE**

A história do Hospital de Clínicas da UFPR é permeada de crises, de problemas com falta de verbas para fazer frente às despesas, de baixa produtividade. Esta instituição sempre gozou de enorme prestígio na comunidade, pela boa formação de seus profissionais, pela qualidade de ensino, pesquisa e assistência médica realizadas. Paralelamente às dificuldades, subsistem crises de identidade, demonstrando que o hospital também é um ser em mutação.

As instituições humanas tem também um inconsciente coletivo, que do homem, se projeta sobre elas. E mesmo em suas formas mais modernas, carregam em si, em algum canto de sua codificação organizacional, um pouco de tudo aquilo que já foram e pelo que passaram.

Ademais, como afirma AKEL (1993), como todos os outros seres vivos, as instituições humanas sofrem os impactos de seu meio ambiente, de seu entorno, dos contextos com os quais guarda relação; reagem, se transformam, se adaptam ou sucumbem.

Isto vale também para os hospitais. Se o hospital, como qualquer ser vivo, é o resultado de sua herança e o seu meio ambiente, como o homem, seu criador, ele é, também, um ser de vontade.

E o Hospital de Clínicas não é exceção. De herança, circunstância e vontade vem sendo escrita sua história. História que nos propomos a modificar após este trabalho, estabelecendo um ponto de mutação.

## **4.1 A MUDANÇA DE PARADIGMA**

### **APRENDENDO COM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES**

Esta sempre foi uma questão que nos afligiu: Por que as situações que apresentam melhoria em determinados momentos, não se perpetuam, representando sempre um marco de partida para outras melhores? Por que as experiências são esquecidas e sempre se volta à estagnação do modelo anterior? Após aplicada a teoria, muito nos frustramos com os caminhos seguidos, tão aparentemente racionais e consistentes, mas que acabam não tendo a aplicação prática eficaz.

Segundo SENGE (1998) este é o dilema da aprendizagem que as organizações tem de enfrentar: aprendemos melhor com a experiência, todavia nunca experimentamos diretamente as consequências de nossas decisões mais importantes. É difícil identificar os ciclos e, conseqüentemente, aprender com eles, quando o seu tempo de duração é superior a um ou dois anos.

Um problema básico é que fomos treinados a dissecar, separar e compartimentar as questões que analisamos; buscamos quase sempre otimizações locais, pontuais, esquecendo o conjunto. Também as organizações, tentam superar a dificuldade enfrentar a amplitude do impacto das decisões dividindo sua estrutura em componentes. Instituem hierarquias funcionais que as pessoas conseguem “abraçar” com mais facilidade. Resultado: a análise dos problemas mais importantes da organização, as questões complexas que atravessam os limites funcionais, torna-se um exercício arriscado ou inexistente.

Atribui-se à equipe gerencial a tarefa de identificar questões interfuncionais complexas, críticas ao bom desempenho da organização. Todavia, como podemos acreditar realmente que uma equipe de gerentes será capaz de superar estas deficiências de aprendizagem?

Com muita frequência, as equipes tendem a gastar seu tempo lutando pelo seu pedaço, impedindo que qualquer coisa as faça parecer pessoalmente incompetentes e fingindo que todos apoiam a estratégia coletiva –mantendo a aparência de um grupo

coesos. “A maioria das equipes gerenciais rompe sob pressão”, escreve ARGYRIS (1991), professor de Harvard. A equipe pode funcionar muito bem com os problemas de rotina. Porém, quando enfrenta problemas complexos que podem ser embaraçosos ou ameaçadores, o espírito de equipe parece ir para o buraco.

ARGYRIS (1991) argumenta que a maioria dos gerentes considera a indagação coletiva inerentemente ameaçadora. A escola nos educa para nunca admitir que não sabemos a resposta e a maioria das empresas reforça essa lição, recompensando as pessoas competentes em defender seus pontos de vista, e não em indagar sobre problemas complexos.

Definido por SENGE (1998) como a “organização aprendiz”, aquela que se fundamenta em cinco disciplinas, possibilitando-a conviver com sucesso em um mundo cada vez mais interligado, complexo, reconhecendo oportunidades e vencendo desafios.

A primeira delas é o Domínio Pessoal, a capacidade de cada um esclarecer e aprofundar continuamente seus objetivos pessoais, concentrando energias em suas maiores aspirações. O Domínio Pessoal é a base “espiritual” da organização aprendiz.

A segunda são os Modelos Mentais. Trata-se dos paradigmas, idéias profundamente arraigadas, generalizações, ou mesmo, imagens, que influenciam nosso modo de encarar o mundo e nossas atitudes.

A terceira é o Objetivo Comum, a capacidade de transmitir aos outros a imagem de futuro que se pretende criar e o êxito na geração de convergência de esforços.

A quarta é o Aprendizado em Grupo. Senge pergunta: como um grupo de administradores com QI acima de 120 gera um QI coletivo de 60, quando pode facilmente superar os 120? Este é o paradoxo e desafio enfrentado por esta disciplina.

A quinta disciplina, finalmente, é o próprio Raciocínio Sistêmico, a capacidade de transcender nossa própria limitação posicional e compreender as ligações invisíveis e as inter-relações que caracterizam os sistemas.

Todos já protagonizaram programas de mudança que fracassaram. Sabemos a descrença que isto acarreta. Independente dos recursos alocados, financeiros, recursos humanos, a probabilidade de fracasso persiste alta. Para reverter este quadro, segundo SENGE (1998), não basta contratar consultores especialistas ou gerentes mais comprometidos. A fonte de reversão está na forma de pensar. E se esta não mudar, qualquer nova contribuição acabará gerando os mesmos tipos de ação improdutivos.

Para melhor compreensão, SENGE (1999), ensina como se deve deixar de pensar como gerente e pensar como biólogos, ou melhor, como um jardineiro. Todo crescimento na natureza advém de uma interação entre processos que reforçam o crescimento e outros que o inibem. A semente contém a possibilidade de gerar uma árvore, mas ela concretiza essa possibilidade por meio de um processo emergente que reforça o crescimento. A semente emana radículas. Essas raízes primitivas absorvem água e nutrientes. Esses elementos as fazem se desenvolver mais ainda, necessitando de mais água e nutrientes, e assim por diante. O processo inicial de crescimento está feito. Mas até que ponto ele vai progredir depende de muitos fatores: de água, nutrientes no solo, espaço para as raízes se desenvolverem e calor. Mais cedo ou mais tarde, à medida que a planta começa a atingir a superfície, outros fatores entram em ação: luz solar, espaço para que os ramos se espalhem, insetos que venham a destruir as folhas.

A biologia sugere que a maioria das estratégias de liderança está fadada ao fracasso desde o início. Os líderes que instigam mudanças são como jardineiros prostrados diante de suas plantas, implorando-lhes: Cresçam! Tentem com mais afinho! Vocês podem! Nenhum jardineiro tenta convencer uma planta a desejar crescer. Se a semente não tiver o potencial de crescimento, nada poderá ser feito para mudar a situação.



Ela ainda sugere que os líderes deveriam focalizar principalmente os processos limitantes que possam retardar ou impedir a mudança. Acima de tudo, o jardineiro tem de compreender os fatores que poderiam restringir o crescimento e lhes dispensar atenção. Por que haveria de ser diferente para líderes que procuram sustentar uma mudança significativa ? Incitar as pessoas para que tentem mais arduamente, para que se tornem mais comprometidas, para que se entusiasmem mais não pode, de modo algum surtir efeito muito duradouro. O mundo biológico nos ensina que a sustentação da mudança requer a compreensão dos processos que estimulam o crescimento – do que se faz necessário para catalisá-los – e a abordagem das restrições que impedem a mudança. Portanto que tipo de limitações são essas ? Quais são algumas das restrições que se impõem a todos os esforços de sustentação de uma mudança significativa ?

A sustentação de qualquer processo de mudança profunda requer uma mudança fundamental na maneira de pensar. Precisamos compreender a natureza dos processos de crescimento ( forças que apoiam nossos esforços) e saber como catalisá-los. Mas também temos de compreender as forças e os desafios que impedem o progresso e desenvolver estratégias viáveis para vencê-los. Precisamos analisar ‘a dança das mudanças’, a inevitável interação entre processos de crescimento e processos limitantes.

Segundo CAPRA (1982), a nova visão da realidade, baseia-se na consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos – físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Está se delineando uma maneira de formular um novo paradigma por indivíduos, organizações que estão desenvolvendo novas formas de pensamentos e que se estabelecem de acordo com novos princípios.

Novamente cita-se CAPRA (1982), para responder ao nosso questionamento e angústia inicial, sobre a dificuldade de manutenção das mudanças. Ele nos diz que os indivíduos apresentam três tipos de adaptação. Mudanças rapidamente reversíveis acarretam o fenômeno de estresse, que consiste em deslocar uma ou muitas variáveis do organismo aos seus valores extremos. Porém, o sistema como um todo será rígido com relação a essas variáveis e, assim, incapaz de adaptar-se ao estresse adicional. Se a mudança ambiental persiste, o organismo passa por um processo adicional de adaptação,

denominada de “somática”. Aclimação, formação de hábitos e gostos constituem aspectos especiais deste processo. A terceira espécie de adaptação nos organismos vivos consiste na adaptação das espécies ao processo de evolução. As mudanças ocasionadas por mutação, também conhecidas como “mudanças genotípicas”. Através da mudança genotípica, uma espécie adapta-se ao meio ambiente alterando a faixa de variação de algumas de suas variáveis, notadamente daquelas que resultam nas mudanças mais econômicas. Por exemplo, quando o clima fica mais frio, crescem pelos mais espessos nos animais; desse modo, eles não tem mais que ficar correndo de um lado para outro a fim de se manter aquecidos. A mudança genotípica é irreversível dentro do tempo de vida de um indivíduo. Ou seja, devemos imaginar que as mudanças ocorrerão por absoluta necessidade de sobrevivência da empresa, e assim se manterão, passando às outras gerações, somente após efetivamente terem demonstrado eficiência.

Isto requer que pensem a respeito da sustentação de mudanças de forma mais biológica e menos mecanicista. Requer tanto paciência quanto urgência. Requer um verdadeiro espírito de investigação, uma genuína curiosidade sobre as forças limitadoras. Requer que vejamos como uma mudança significativa invariavelmente começa localizada, pequena, e como ela cresce ao longo do tempo. E requer que reconheçamos a gama diversificada de pessoas que desempenham papéis-chave na sustentação da mudança – pessoas que são “líderes”. Como recomendação de Jack Welch, segundo COHEN (1999), para obtermos empresas vitoriosas são necessárias três medidas: satisfação do cliente – para obtenção de espaço; satisfação do funcionário – para garantia de produtividade; fluxo de caixa – fazendo com que as três medidas funcionem harmonicamente. Essas medidas, aliadas ao pensamento sistêmico e aplicadas à instituição pública, garantirão a sua permanência como organismo vivo dentro da sociedade, operando trocas, crescendo e colaborando para a melhoria da comunidade.

#### 4.2 DESAFIOS DA APRENDIZAGEM

Aprendizagem é o diferencial competitivo com que as empresas ultrapassarão seus concorrentes, na medida que conseguirem realizá-la com mais rapidez e eficiência.

Como publicou recentemente a revista *Fortune* (1999): “Esqueça suas antigas idéias sobre liderança. A empresa mais bem-sucedida da década de 90 será a organização que aprende”. A capacidade de aprender mais rápido do que seus concorrentes, disse Arie de Geus, ex-vice-presidente da Shell, pode ser a única vantagem competitiva sustentável. A empresa deve, toda ela estar conectada à aprendizagem e não mais dependendo unicamente de uma pessoa ou da alta gerência. As organizações que aprendem são possíveis porque, no fundo, todos somos aprendizes. As crianças são os melhores aprendizes. Ou porque elas são por natureza curiosas, ou porque, como afirmam Hamel e Prahalad (1995), tem pouco a desaprender.

Uma das dificuldades em se “abrir” para um processo de aprendizagem, são as estruturas gerenciais, que é considerado como o código genético das organizações, que são muito pouco flexíveis em função das experiências anteriores, e em se falando de instituições públicas, a própria burocracia, criada para evitar abusos por parte de seus integrantes. Partimos de pressupostos absolutamente errados e incompatíveis com o novo paradigma. Os sistemas são criados para inibir a inovação e a criatividade em benefício do controle rígido. Nesse sentido, delimita ou estrutura a perspectiva que uma empresa tem do que significa ser “estratégica”, do repertório disponível de estratégias competitivas, dos interesses servidos pela gerência sênior, da escolha de ferramentas para elaboração de políticas, tipos ideais de organização e assim por diante. As estruturas limitam a visão do gerente que vive dentro delas, a uma parcela da realidade, fazendo com que eles não saibam o que existe fora delas.

Embora cada indivíduo tenha uma maneira de ser e de ver o mundo, as estruturas gerenciais dentro de uma organização são muito semelhantes. Se a forma de recrutar profissionais for muito rígida, fatalmente ocorrerá uma padronização, inibindo a diversidade. A diversidade é o que leva à prosperidade, pois a troca de idéias e valores é muito mais intensa, fazendo o ambiente entrar em ebulição, crescendo o número de chances de sucesso. Da mesma forma, quanto maior o sucesso no passado, existe maior apego às soluções anteriores. Não é por menos que a 3M espera que 25% das vendas anuais sejam provenientes de novos produtos lançados nos cinco anos anteriores – “regra dos 25%”, COLLINS e PORRAS (1995). Quase por definição, em qualquer grande

organização, existe uma estrutura gerencial dominante que define os cânones da empresa. Isto é normalmente contestado pela empresas visionárias com Metas Audaciosas.

A solidificação das estruturas gerenciais nas empresas torna-se tão influente quanto o código genético. Essa “codificação” se transmitida de uma geração a outra pode gerar dois tipos de problemas. Primeiro, os indivíduos já não sabem mais porque acreditam em determinados valores. Segundo, os gerentes não acreditam que vale a pena ir em busca de novos conhecimentos. Prevalecem os temores por aquilo que certa vez gerou insucesso e repetem-se as velhas receitas, sem considerar novas estratégias, cenários ou ambientes. Segundo HAMEL e PRAHALAD (1995), o importante não é, de forma alguma, saber o impossível, mas ultrapassar as fronteiras da estrutura gerencial existente.

O setor público é rico em exemplos de padronização genética: dificilmente se demite, há pelo menos cinco anos não se realizam concursos para novas contratações, as normas são rígidas e controladoras, são promovidos aqueles que não desafiam o *status quo*, as relações hierárquicas são longas e segmentadas. Por maiores críticas que se faça ao projeto de autonomia universitária, com certeza esta qualidade ele terá: a oxigenação dos quadros de pessoal. Reconhecemos, no entanto, que muito poderia ser feito, mesmo sem este projeto. Poder-se-ia, por exemplo, promover ampla miscegenação entre os vários grupos de funcionários das universidades federais do país, trocando informações e experiências beneficiando todas as instituições.

A falta de diversidade genética em vários setores, notadamente no setor de transporte aéreo americano, levou a uma espiral descendente de expectativas do cliente, onde um serviço cada vez pior gera expectativas cada vez mais baixas e aumenta cada vez mais a sensibilidade ao preço. Qual é o cidadão brasileiro que nutre alta expectativa quanto ao desempenho do serviço público municipal, estadual ou federal? A não ser por raras exceções, o desempenho das instituições públicas deixa muito a desejar. Estamos acostumados a ouvir dizer que a assistência à saúde é ruim, mas é pública, nada se paga por ela. Ledo engano. Todo cidadão que paga imposto, e das mais diversas categorias,

está contribuindo com os cofres públicos. O mesmo se repete na educação. Trava-se verdadeira batalha com as escolas particulares pela cobrança de mensalidades. A escola pública é gratuita e é de péssima qualidade; porém são poucas as contestações e grandes as recriminações à escola particular.

Prática aconselhável para a reversão deste quadro, seria questionar como os gerentes estão ocupando a maior parte do seu tempo: observando àqueles de melhor desempenho e tentando alcançá-los ou a competição é inexistente?; os gerentes estão na mesma posição há quanto tempo?; qual a velocidade de aprendizagem de novas tecnologias?; as barreiras de entrada de novos produtos e processos são altas?; como o cliente é considerado?; quais os problemas de regulamentação?

DRUCKER (1999) ensina três passos para a reformulação de qualquer organização, inclusive um hospital:

1. Abandono das coisas que não funcionam, das coisas que nunca funcionaram; das coisas que sobreviveram à sua utilidade e à sua capacidade de contribuição;
2. Concentração nas coisas que funcionam, que produzem resultados, nas coisas que melhoram a capacidade de desempenho da organização; e
3. Análise dos meios-sucessos, dos meio-fracassos. Uma reformulação requer o abandono de tudo aquilo que não funciona e a ênfase naquilo que funciona.

Para que possamos enfrentar o desafio da aprendizagem, é preciso desaprender algumas coisas. Para criar o futuro, uma empresa precisa desaprender pelo menos parte do passado, são palavras de HAMEL e PRAHALAD em Competindo pelo Futuro. Como já foi dito: “Deus criou o mundo em seis dias, mas Ele não tinha uma base instalada”. Porém não são as bases instaladas de equipamentos ou de produtos finais ou de infra-estrutura de distribuição das empresas que as impedem de criar o futuro, mas sim sua base instalada de idéias – as convenções inquestionadas, a visão míope das oportunidades e ameaças e os precedentes não desafiados que constituem a estrutura gerencial existente.

Não estamos defendendo a idéia de esquecer todo o passado, mas sim de aliar aquilo que de bom se tem atualmente a uma meta audaciosa. Esta meta deverá ser absolutamente clara e perseguida por todos na organização. Segundo COLLINS e PORRAS (1995), uma meta audaciosa envolve as pessoas - pega-as de jeito. É algo concreto, excitante, voltado para algo altamente específico. As pessoas a “pegam” no ar; são necessárias poucas ou nenhuma explicação.

No entanto, não podemos esquecer, que grande parte dos problemas com os quais as instituições de ensino e saúde se defrontam hoje, é a visão extremamente segmentada, setORIZADA ou atomizada que têm delas próprias. Isto leva a conflitos e divergências operacionais que minimizam o resultados dos esforços. Por isso, reforçamos a necessidade de adoção da visão sistêmica, global, abrangente e holística para a instituição, possibilitando perceber as relações de causa e efeito, o início, o meio e o fim, ou seja, as inter-relações entre recursos captados e valores obtidos.

A adoção do enfoque sistêmico permite que a instituição analise o meio ambiente e defina o cenário provável, de longo prazo, a partir do qual se delineiam objetivos institucionais e respectivas estratégias para atingi-los. Posteriormente, são identificados processos-chave, indispensáveis para dar suporte a tal delineamento estratégico. Assim, é possível reformular a estrutura organizacional, os recursos humanos e demais recursos, necessários ao atingimento dos objetivos estratégicos. Em seguida, identificam-se as tecnologias de informação que darão suporte à infraestrutura organizacional estabelecida.

Segundo TACHIZAWA e ANDRADE (1999), na abordagem sistêmica, o foco da atenção se transfere da análise da interação das partes para o todo, contrariamente ao pensamento pré-sistêmico, no qual o método analítico procurava chegar à compreensão do todo a partir do estado independente das partes. No método analítico, contrariamente ao adotado no enfoque sistêmico, o comportamento de um todo não é interpretado em face de sua inserção em um contexto mais amplo, que é o sistema maior do qual faz parte.

Quando os autores acima citados analisam as instituições de ensino superior quanto ao enfoque sistêmico, eles apresentam perspectivas diferentes pelas quais se permite visualizar:

- a) O cliente, o produto e o fluxo de atividades do ensino-aprendizagem;
- b) Como o trabalho é realmente feito pelos processos que atravessam as fronteiras funcionais;
- c) Os relacionamentos internos entre cliente-fornecedor, por meio dos quais são produzidos os produtos/serviços educacionais.

O enfoque sistêmico propicia uma visão macroscópica da instituição, que é o ponto de partida para a concepção do modelo de gestão que possibilitará à instituição responder eficazmente à nova realidade, de concorrência acirrada e de mudanças nas expectativas dos clientes. Essa macrovisão permite considerar a instituição um macrossistema que converte diversas entradas de recursos em saídas de produtos e serviços, que ela fornece para sistemas receptores ou mercados.

É através da construção da realidade, por parte da instituição, que os parâmetros e desafios do mercado adquirem significados e estruturam decisões e ações, que serão favoráveis ou não, recompensadoras ou prejudiciais, conforme o nível de ajustamento daquela construção aos limites e à ação seletiva do meio ambiente.

A abordagem sistêmica, presente em todos os elementos do modelo de gestão, visualiza a instituição de fora para dentro, de cima para baixo e do geral para o particular.

#### 4.3 UMA CORRIDA CONTRA O TEMPO

Segundo Roberto Campos – Folha de São Paulo, 5/12/99 (1999), no Brasil, tudo é diferente. Temos apenas uma “tapera fiscal”, cheia de goteiras e roída por cupins. Em vez de consertá-la, é melhor construir um edifício inteligente. A inovação, para outros países, é facultativa. Para nós, é imperativa. A falta de criatividade do Congresso como no Executivo, se traduz em remendos fantasiados de reforma.

Os dinossauros foram extintos da face da Terra porque não tiveram a flexibilidade suficiente para se adaptar a uma nova realidade ou porque não tiveram o tempo suficiente para isso. As instituições públicas precisam realizar a reengenharia em seu código genético para não terem o mesmo fim do *tiranossaurus rex*.

As mudanças nas empresas ocorrem cada vez mais céleres; a Internet torna uma realidade a expressão aldeia global. O ambiente corporativo está mais competitivo do que nunca; a competição se estabelece não mais entre empresas similares, mas com empresas totalmente diferentes; as fronteiras estão difusas, os limites entre cliente, fornecedor não estão bem definidos; a estabilidade é substituída pela volatilidade, pelo equilíbrio dinâmico entre o yin e yang; no lugar da herança simples, a múltipla: a integração da tecnologia química com eletrônica, mecânica com eletrônica, farmacêutica com moda.

Afinal, estamos no meio de uma revolução ou isso é apenas o progresso cumulativo da tecnologia e das formas de organização? Em A Empresa do Novo Milênio, a Andersen Consulting, empresa de consultoria diz acreditar que haverá mais mudanças nos próximos cinco anos do que houve nos últimos 20. Segundo DERTOUZOUS (1997) do MIT, em apenas três anos, entre 1959 e 1962, os preços dos semicondutores caíram 85%, e nos dez anos seguintes a produção aumentou em 20 vezes. A título de comparação, foram necessários 70 anos ( de 1780 a 1850) para que o preço do tecido de algodão caísse 85% na Inglaterra durante a revolução industrial, diz. Em algumas atividades, já se podem medir ganhos de produtividade de 200%. O aumento da produtividade geral das empresas americanas, que andou por volta de 1,1% ao ano durante 20 anos, praticamente dobrou a partir de 1995, para 2,1% ao ano. No Brasil, a produtividade cresceu em média 7,5% ao ano nesta década, com apoio da estabilização e da abertura, segundo COHEN (1999).

O lugar em que os avanços socioeconômicos estão atingindo seu ápice é a Internet. É aí que a tecnologia se encontra com a globalização e os progressos organizacionais de uma forma jamais vista. Esse encontro permite vários tipos de



revolução: nas comunicações internas, no modo de se relacionar com os clientes e fornecedores, na própria natureza dos produtos da empresa, na aplicação da tecnologia. A Internet representa muito mais do que um Eldorado para as empresas, ou um novo continente aberto para as grandes navegações. Ela é o mais acabado símbolo de uma nova era, a concretização de uma nova lógica de fazer negócios, de encarar a riqueza, de pensar o mundo.

Por que a rapidez é hoje uma característica tão essencial? Segundo Castells, a economia em rede tem um novo fundamento ético, um novo espírito: "É a cultura do efêmero, uma cultura de cada decisão estratégica, uma colcha de retalhos de experiências e interesses, em vez de uma carta de direitos e obrigações". Isto fará com que as empresas tenham que mudar estratégias mais rápido, acelerar o ciclo de desenvolvimento dos produtos, ser muito mais próximas das necessidades dos clientes. "Por causa da tecnologia, da globalização, da privatização e da desregulamentação, as mudanças de expectativa dos consumidores são muito maiores." Uma consequência prática é que os ciclos de desenvolvimento de produtos têm de ser feitos em equipe. Não dá mais para cada grupo cumprir a sua função e passar o resultado para outro departamento, depois outro, diz COHEN (1999).

Outra forma de ser rápido é estar conectado, como no exemplo da Wall-Mart, em que as mercadorias vão direto do fornecedor para a loja de destino. Um terceiro modo é fazer protótipos para testar logo com os consumidores. Em um mundo em que o bem mais importante é o conhecimento, rapidez adquire valor de mercado. Um dos mais importantes componentes do preço de uma empresa da Internet é quantos dias podem ser economizados comprando a tecnologia da empresa, em vez de desenvolvê-la por conta própria.

A fim de ganhar tempo e foco, a empresa deve expurgar tudo aquilo que não tem relação direta com a sua missão. As parcerias, a terceirização, as compras de conhecimento devem ser implementadas para melhoria da produtividade. A maioria das pessoas ainda acredita que isto é heresia dentro do serviço público. Nós vemos como a saída mais rápida para a permanência das organizações no mercado. Se o

governo não tomar esta atitude, a privatização será um fim certo, e então temos dúvidas quanto à manutenção das atividades sociais executadas pelas organizações.

## **Capítulo 5 – CUSTOS E BALANCED SCORECARD**

## 5. CUSTOS E BALANCED SCORECARD

Nas últimas décadas, houve substancial alteração da estrutura de custos dos produtos/serviços. A parcela de despesas indiretas, que, no passado, apresentava valores pequenos em relação aos custos totais, cresceu sobremaneira. Isso ocorreu devido à conjugação de novas técnicas de gerenciamento, novas tecnologias de produção, estratégias de marketing com uma diversificação de produtos cada vez maior, etc.

Nessas condições, os rateios simplistas pregados pela contabilidade de custos tradicional não mais atende aos reclamos dessa nova era, sob o risco de deixarem empresas com custos distorcidos, o que tornaria as decisões gerenciais, enfocando a rentabilidade dos produtos/serviços, um mero exercício de “intuição”.

Considere-se a inconveniência da existência de custos de difícil medição e o reflexo que esses custos podem trazer aos resultados finais. Esses custos podem apresentar dificuldades de mensuração não só pela impossibilidade técnica de medição, como também outros casos existem em que, embora sejam tecnicamente viáveis de serem obtidos, o investimento realizado pode não ter retorno.

Até os anos 70, as parcelas diretas de mão-de-obra e material respondiam pela quase totalidade dos custos totais, segundo COGAN(1999). Outras despesas indiretas, como qualidade, controle da produção, compras, etc., representavam uma pequena proporção. Em decorrência disso, os métodos tradicionais de alocação dos custos indiretos, por uma questão de simplificação, recomendavam o rateio de tais despesas de acordo com critérios baseados nos volumes de *mix* de produtos.

Entretanto, segundo COGAN (1999), a estrutura de custo dos produtos vem mudando de tal forma que as despesas indiretas, antes da ordem de 5% dos custos, hoje já alcançam valores médios superiores a 35%, havendo casos de empresas com

elevada intensidade de automatização nas quais as despesas podem atingir 70% dos custos. Por outro lado, no passado, os custos de medição das despesas eram elevados, e a diversificação dos produtos, pequena. Hoje, com o avanço tecnológico obtido, os custos de medição estão mais compatíveis, permitindo que se possa caminhar em direção a uma apuração mais precisa dos custos (COGAN, 1999). Nos tempos atuais, também a diversificação de produtos e serviços vem crescendo com a tendência de se procurar atingir uma operação que atenda aos clientes com produtos/serviços personalizados. Essas considerações se somam para que se afirme que o custeio tradicional se tornou bastante inadequado – novas estruturas de custeio precisam, portanto, ser pesquisadas e desenvolvidas.

Os principais problemas das organizações da saúde são má alocação de recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários, segundo LIMA e LIMA (1998). A rentabilidade expressa resultados por recursos aplicados. A avaliação custo-eficácia das intervenções das organizações de saúde busca soluções de menor despesa para obter resultado esperado e de melhor resultado com determinada despesa. O ABC – Activity Based Costing – é o método de custeio que melhor subsidia a decisão sobre composição de atividades, custo de recursos e consumo de recursos. A avaliação custo-eficácia mostra-se portanto, uma ferramenta útil para a melhoria da qualidade das organizações de saúde.

Segundo KAPLAN e NORTON (1997), aquelas empresas que organizam os custos por departamentos, ignorando que atividades e processos cruzam com frequência as fronteiras departamentais estão completamente ultrapassadas. Os dois autores, maiores autoridades atuais em custos, desenvolveram dois sistemas complementares, o ABC e o Balanced Scorecard. O Balanced Scorecard nos diz onde competir, que clientes devemos conquistar, o que é preciso fazer para criar valor para os clientes. O ABC mostra como ganha-se dinheiro com esses clientes.

Abordagem semelhante, porém com caráter muito mais gerencial, HOPE (1997), nos apresenta dez questões para gerenciar na terceira onda. No contexto da nova economia e utilizando casos reais de companhias de todo o mundo, eles discutem os

fatores de sucesso: estratégia, valor ao consumidor, conhecimento gerencial, organização administrativa, foco no mercado, contabilidade gerencial, medidas e controles, produtividade e transformação. Na terceira onda, os gestores necessitam de melhores práticas gerenciais, de rápida aplicabilidade e retorno. É esta a premissa destes novos conceitos.

De posse destas ferramentas, apresentar-se-á um modelo voltado para a realidade do Hospital Universitário, à luz das novas posturas da Autonomia Universitária. Não descartamos a necessidade de efetuar controles, porém com um enfoque voltado às melhores práticas gerenciais, considerando primordiais as pessoas que compõem o quadro, a infra-estrutura, a cultura, os valores, o lucro. Este último, é considerado como indevido pela maioria, quando trata-se de instituição pública. Refuta-se esta idéia. Segundo DRUCKER (1996), a primeira lição a ser aprendida é que as instituições sem fins lucrativos necessitam de uma estrutura de controle clara e funcional. Elas carecem dos **lucros** que uma empresa tem. Portanto, devem ter uma missão clara, que se traduza em metas operacionais e propicie diretrizes para ação efetiva. A instituição “sem fins lucrativos” necessita de uma clara definição dos **resultados** que busca atingir. O dinheiro da instituição sem fins lucrativos, seja obtido de doadores ou do contribuinte de impostos, é dado em troca de promessas. As instituições não são as donas, mas sim as curadoras do dinheiro que gastam. Pode-se demonstrar que este lucro deve existir, para que a instituição evolua. Não é o lucro que será distribuído aos acionistas, mas sim reinvestido na organização para sua melhoria.

Segundo PORTER e KRAMER (1999), as Fundações tiveram seus bens aumentados em 1100%, nas duas últimas décadas. No entanto, não foi observado aumento proporcional na obtenção de benefícios sociais. As Fundações estão repletas de recursos, boas intenções e portfólios de investimentos financeiros, porém poucos benefícios sociais. Estas organizações acreditam que a medida de seu desempenho é incompatível com sua missão caritativa. Isto também se observa com o Hospital de Clínicas, pelo ângulo da assistência, ensino e pesquisa. Os autores citados enfatizam a necessidade de mesclar as várias experiências, do maior número possível de

instituições “sem fins lucrativos”, de obterem “expertise” de seus gerentes, de estarem abertas à aprendizagem, de exercitarem as melhores práticas gerenciais. As Fundações, e são estas as características que o Hospital de Clínicas passará a ter após a reforma de autonomia universitária, devem otimizar a aplicação dos recursos advindos de doadores particulares ou do próprio governo, para reverter em maior benefício social. Isto representa, também, uma drástica redução dos seus custos administrativos. Para que se obtenha isso é necessário, definição da estratégia, segundo os moldes estabelecidos por PORTER(1995). A avaliação de desempenho necessitará ser rotina, pois uma instituição sem avaliação, nunca saberá se foi bem ou mal sucedida. A premissa básica de qualquer estratégia – esforçando-se para melhorar desempenho – estará violada se o desempenho não for medido. A despeito dos cortes de verbas governamentais para custeio de obras sociais, as fundações ainda podem criar enorme valor evoluindo no estado do conhecimento e colocando-o em prática no setor social. Infelizmente, muito poucas seguem este caminho. Pelo fato de representar uma instituição de ensino, parece, sua obrigação não só levar adiante o conhecimento, mas principalmente aplicá-lo em benefício próprio, e consequentemente, da comunidade assistida.

### **5.1 O MODELO DE KAPLAN: BALANCED SCORECARD-BSC**

O Balanced Scorecard é um novo modelo que sintetiza a tradicional contabilidade financeira de custos e a necessidade de construir capacidades competitivas de longo alcance. Este modelo preserva as medidas financeiras tradicionais, que, no entanto, são inadequadas para orientar e avaliar o desempenho das empresas da era da informação que devem gerar valor investindo nos clientes, fornecedores, funcionários, processos, tecnologia e inovação.

O BSC complementa as medidas financeiras do desempenho passado com medidas dos vetores que impulsionam o desempenho futuro. Os objetivos e medidas do scorecard derivam da visão e estratégia da empresa. Os objetivos e medidas focalizam o desempenho organizacional sob quatro perspectivas: financeira, do

cliente, dos processos internos e da aprendizagem e crescimento. Essas quatro perspectivas formam a estrutura do Balanced Scorecard.

O BSC leva o conjunto de objetivos das unidades de negócios além das medidas financeiras sumarizadas. Os executivos podem agora avaliar até que ponto suas unidades de negócios geram valor para os clientes atuais e futuros, e como devem aperfeiçoar as capacidades internas e os investimentos necessários em pessoal, sistemas e procedimentos visando a melhorar o desempenho futuro. O BSC capta as atividades críticas de geração do valor criadas por funcionários e executivos capazes e motivados da empresa. Preservando o interesse no desempenho de curto prazo, através da perspectiva financeira, o BSC revela claramente os vetores de valor para um desempenho financeiro e competitivo superior a longo prazo.

O BSC estabelece que medidas financeiras e não-financeiras devem fazer parte de um sistema de informações para funcionários de todos os níveis da empresa. Os funcionários da linha de frente precisam compreender as conseqüências financeiras de suas decisões e ações; os altos executivos precisam reconhecer os vetores do sucesso a longo prazo. Os objetivos e medidas utilizados no BSC são o reflexo do estabelecido na missão e na estratégia da unidade de negócios. Estes objetivos e medidas devem ser tangíveis. As medidas representam o equilíbrio entre indicadores externos voltados para acionistas e clientes, e as medidas internas dos processos críticos de negócios, inovação, aprendizagem e crescimento. As empresas estão utilizando o BSC como sistema de medidas estratégicas, táticas e operacionais. Estão utilizando este método para: esclarecer e traduzir visão e estratégia; comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas; planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas; melhorar o *feedback* e o aprendizado estratégico.

#### ESCLARECER E TRADUZIR A VISÃO E ESTRATÉGIA

A alta administração deve realizar um trabalho de equipe para traduzir a estratégia de sua unidade de negócios em objetivos estratégicos específicos. Ao estabelecer metas financeiras, a equipe deve priorizar a receita e o crescimento de mercado, a lucratividade ou geração do fluxo de caixa. Mas particularmente no caso



da perspectiva do cliente, a equipe gerencial deve ser clara quanto aos segmentos de clientes e mercados pelos quais estará competindo.

Após o estabelecimento das metas financeiras e do cliente, a organização deve identificar objetivos e medidas para seus processos internos. Essa etapa se constitui numa das principais inovações e benefícios da abordagem do scorecard. Os sistemas tradicionais de medição de desempenho, mesmo aqueles que se utilizam de indicadores não-financeiros, costumam se concentrar na melhoria dos custos, qualidade e ciclos dos processos existentes. O BSC destaca os processos mais críticos para a obtenção de um desempenho superior para clientes e acionistas. Em geral, essa identificação revela processos internos totalmente novos nos quais a organização deve buscar a excelência para que sua estratégia seja bem-sucedida.

O elo final – as metas de aprendizado e crescimento – expõe os motivos para investimentos significativos na reciclagem de funcionários, na tecnologia e nos sistemas de informações, e na melhoria dos procedimentos organizacionais. Esses investimentos – em pessoal, sistemas e procedimentos – produzem inovações e melhorias importantes para os processos internos de negócios, para os clientes e, por fim, para os acionistas.

O processo de construção de um BSC esclarece os objetivos estratégicos e identifica um pequeno número de vetores críticos que determinam os objetivos estratégicos. Dificilmente encontra-se empresas nas quais a equipe gerencial atinja consenso total quanto à importância relativa de seus objetivos estratégicos. Justifica-se pela história funcional e pela cultura da empresa. Os executivos costumam fazer carreira em uma área específica da empresa, não sendo comum a migração dentro das várias áreas. Ainda, as empresas costumam fixar-se mais em determinadas funções para definir prioridades. Quando executivos de áreas funcionais diferentes, principalmente em empresas que, historicamente, constituíram silos funcionais isolados, tentam trabalhar em equipe, surgem pontos cegos – áreas de relativa ignorância em torno das quais é difícil formar equipes e criar consenso, porque há

muito pouco conhecimento dos objetivos globais da empresa e da contribuição e integração das diferentes unidades funcionais.

## COMUNICAR OBJETIVOS E MEDIDAS ESTRATÉGICAS

Os objetivos e medidas estratégicos do BSC são transmitidos à empresa inteira através de *newsletters*, quadros de avisos, vídeos e até por via eletrônica usando softwares de trabalho em grupo e computadores ligados em rede. A comunicação serve para mostrar a todos os funcionários os objetivos críticos que devem ser alcançados para que a estratégia da empresa seja bem-sucedida. Algumas empresas tentam decompor as medidas estratégicas de alto nível que compõem o scorecard da unidade de negócios em medidas específicas de nível operacional. Com isso, iniciativas locais de melhoria ficam alinhadas aos fatores globais de sucesso organizacional. A partir do momento em que todos os funcionários compreendem os objetivos e medidas de alto nível, eles se tornam capazes de estabelecer metas locais que apoiem a estratégia global da unidade de negócios.

O scorecard também, serve de base para comunicar e obter o compromisso de executivos e diretores com a estratégia de uma unidade de negócios. O scorecard incentiva o diálogo entre as unidades de negócios e os executivos e diretores da empresa, não apenas com relação aos objetivos financeiros de curto prazo, mas também com relação à formulação e a implementação de uma estratégia destinada a produzir um desempenho excepcional no futuro.

Na conclusão do processo de comunicação e associação dos objetivos, todos na empresa devem ter adquirido uma clara compreensão das metas de longo prazo da unidade de negócios, bem como da estratégia adequada para alcançá-las. Indivíduos deverão ter formulado ações locais que contribuirão para os objetivos da unidade de negócios. Todos os esforços e iniciativas organizacionais estarão alinhados com os processos de mudança necessários.

## ESTABELECENDO METAS E ESTRATÉGIAS

O BSC é impactante nos processos de mudança organizacional. As metas de longo prazo, se alcançadas, irão alterar os rumos da empresa, por isso os executivos devem estabelecê-las com três a cinco anos de antecedência. Como num gráfico de evolução da empresa versus o tempo, o atingimento das metas deverá representar uma descontinuidade no desempenho da unidade de negócios.

Para alcançar ambiciosos objetivos financeiros, os executivos devem estabelecer metas de superação para seus processos de atendimento aos clientes, processos internos e objetivos de aprendizagem e crescimento. O ideal é que as metas relacionadas aos clientes derivem da satisfação ou da superação das expectativas do cliente. As preferências dos clientes atuais e potenciais devem ser examinadas à procura de expectativas de um desempenho excepcional. O *benchmarking* pode ser usado para incorporar as melhores práticas encontradas no mercado e verificar se as metas internas não aprisionam a unidade de negócios num nível inaceitável de desempenho estratégico.

Depois de estabelecidas as metas para os clientes, os processos internos e as medidas de aprendizado e crescimento, os executivos estarão com condições de alinhar suas iniciativas estratégicas de qualidade, tempo de resposta e reengenharia para alcançar os objetivos extraordinários. Dessa forma, o BSC oferece a justificativa principal, além de foco e integração para a melhoria contínua, a reengenharia e os programas de transformação. Em vez de limitar o redesenho a quaisquer processos locais que produzam ganhos fáceis, os esforços gerenciais serão dirigidos à melhoria e à reengenharia dos processos críticos para o sucesso estratégico da empresa. Ao contrário do que ocorre com os programas convencionais de reengenharia, onde o objetivo é a profunda redução de custos (a lógica radical), os objetivos do programa de reengenharia não precisam ser medidos apenas pelo custo. As metas para as iniciativas estratégicas derivam de medidas do scorecard tais como reduções radicais do tempo dos ciclos de processamento de pedidos, redução do tempo de lançamento de novos produtos e aumento das qualificações dos funcionários. Através de uma

série de relações de causa e efeito incorporadas ao BSC, essas capacidades acabam sendo transformadas em um desempenho financeiro superior.

O BSC permite também que uma empresa integre seu planejamento estratégico ao processo anual de orçamentação. Quando definem metas de superação de 3 a 5 anos para as medidas estratégicas, os executivos projetam também marcos de referência para cada medida no próximo ano fiscal – até onde pretendem ir durante os doze meses do primeiro ano do plano. Esses referenciais de curto prazo servem como indicadores específicos para a avaliação do progresso em curto prazo, dentro da trajetória estratégica de longo prazo da unidade de negócios.

O processo gerencial de planejamento e estabelecimento de metas permite que a empresa:

- Quantifique os resultados pretendidos a longo prazo;
- Identifique mecanismos e forneça recursos para que os resultados sejam alcançados;
- Estabeleça referenciais de curto prazo para as medidas financeiras e não-financeiras do scorecard.

## FEEDBACK E APRENDIZADO ESTRATÉGICO

O BSC encerra em sua metodologia o contexto do aprendizado estratégico. Esse processo permite que os executivos recebam feedback sobre sua estratégia e testem as hipóteses em que ela se baseia. O BSC também permite que se monitore e ajuste a implementação da estratégia, e se necessário, se efetuem mudanças fundamentais na própria estratégia.

Através dos referenciais de curto prazo para as medidas não-financeiras e financeiras do BSC, as revisões gerenciais mensais e trimestrais continuarão acompanhando os resultados financeiros. O mais importante, todavia, é que elas passarão a examinar minuciosamente se a unidade de negócios está alcançando suas metas no que diz respeito aos clientes, aos processos internos e à inovação; aos funcionários, aos

sistemas e aos procedimentos. As revisões e atualizações gerenciais deixarão de analisar o passado para aprender sobre o futuro. Os executivos discutirão como os resultados passados foram alcançados, mas também se suas expectativas para o futuro permanecem viáveis.

O aprendizado estratégico tem início com o esclarecimento de uma visão compartilhada que a empresa como um todo deseja alcançar. O uso de medidas, como a linguagem equalizada, ajuda a traduzir conceitos complexos e muitas vezes obscuros em conceitos mais precisos capazes de gerar o consenso entre os altos executivos. O processo de comunicação e alinhamento, mobiliza todos os indivíduos para ações dirigidas à consecução dos objetivos organizacionais. A construção do scorecard, com sua ênfase nas causas e efeitos, induz o raciocínio sistêmico dinâmico. Profissionais dos diversos setores da organização passam a entender como as peças se encaixam, como seus papéis influenciam outras pessoas e por fim, a empresa inteira. O processo de planejamento, estabelecimento de metas e iniciativas estratégicas, define metas específicas e quantitativas de desempenho para a empresa, formando um conjunto equilibrado de resultados e vetores de desempenho. A comparação entre as metas de desempenho desejadas e os níveis atuais determina o hiato de desempenho que deverá ser o alvo das novas iniciativas estratégicas. Portanto, o BSC não se limita a medir a mudança; ele a estimula.

Os três primeiros processos gerenciais críticos são vitais para a implementação da estratégia. Porém, sozinhos são insuficientes. Se o mundo fosse mais simples, eles seriam adequados. A metáfora utilizada por KAPLAN e NORTON (1997), mostra que a teoria em que se apoia o modelo de comando e controle hierarquizado faz com que o comandante (o executivo principal) determine o curso e a velocidade do navio (a unidade de negócios). Os marinheiros (os gerentes e os funcionários da linha de frente) cumprem ordens e implementam o plano determinado pelo comandante. Sistemas de controle operacional e gerencial são implantados com a finalidade de garantir que os gerentes e os funcionários ajam de acordo com o plano determinado pelos altos executivos. Esse processo linear de construção de uma visão e uma estratégia, seguido da transmissão da visão e da estratégia a todos os participantes da organização, e do alinhamento das ações

e iniciativas organizacionais visando à consecução das metas estratégicas de longo prazo é um exemplo de processo de circuito de realimentação simples. Nele, o objetivo permanece constante. Os desvios dos resultados planejados não levam as pessoas a questionar se esses resultados continuam sendo desejáveis. Tampouco se os métodos utilizados para alcançar os objetivos ainda são adequados. Os desvios da trajetória planejada são tratados como defeitos e disparam ações corretivas destinadas a recolocar a empresa no curso pretendido.

Entretanto, para as empresas da era da informação as estratégias não podem ser tão lineares ou estáveis. Elas operam em ambientes mais turbulentos, e os altos executivos precisam receber feedback sobre estratégias mais complexas. A estratégia planejada, embora iniciada com as melhores intenções e com os melhores conhecimentos e informações disponíveis, talvez tenha deixado de ser adequada ou válida dentro das circunstâncias atuais.

Nesses ambientes em constante transformação, novas estratégias podem surgir do aproveitamento de oportunidades ou de resposta a ameaças não-previstas na formulação do plano estratégico inicial. Frequentemente, as idéias para o aproveitamento de novas oportunidades emanam dos gerentes menos graduados da empresa. Contudo, os sistemas gerenciais tradicionais não incentivam nem facilitam a formulação, a implementação e o teste de estratégias em ambientes de instabilidade contínua.

As organizações precisam adquirir capacidade de aprender num “circuito” duplo, que ocorre quando os executivos questionam pressupostos e avaliam se as teorias com que estão trabalhando continuam coerentes com os indícios, as observações e experiências reais. Obviamente, os executivos precisam receber feedback para saber se a estratégia planejada está sendo executada de acordo com o plano – o processo de aprendizagem de circuito duplo. Os gerentes necessitam de informações que lhes permitam avaliar se os pressupostos utilizados por ocasião do desenvolvimento da estratégia continuam válidos.

Processo de aprendizagem de “circuito duplo”, expressão cunhada por ARGYRIS (1991), traduz a necessidade de questionamento sobre verdades estabelecidas, para a melhoria contínua. Ele demonstra que isto é particularmente difícil de ocorrer em meios onde os indivíduos apresentam qualificação superior. É muito maior a resistência à mudança, e a responsabilidade pelas falhas é sempre de alguém de “fora”: dos gerentes, dos funcionários da linha de frente, dos fornecedores ou do sistema. Os consultores, aqui exemplificados como os indivíduos de maior qualificação, não conseguem absorver facilmente, ensinamentos que possam advir das esferas inferiores da hierarquia; eles são treinados em soluções padronizadas e não em abertura para novas aprendizagens. Isto acaba tolhendo o processo de iniciativa por parte dos funcionários da empresa e como consequência, embotando a própria instituição, levando-a a baixos índices de criatividade e inovação. Estas afirmações levam a compreender a dificuldade observada pelas várias administrações em promover as melhorias necessárias e em mantê-las em ação. Esta dificuldade também é observada na implantação do modelo do BSC, o que requer maior atenção na sua construção e divulgação.

Um BSC bem construído é a explicitação das teorias estratégicas operacionais da empresa. O scorecard deve estar baseado numa série de relações de causa e efeito derivadas da estratégia, incluindo estimativas dos tempos de resposta e graus de correlação entre as medidas do scorecard. Com a quantificação das relações entre as medidas do scorecard, as revisões periódicas e o monitoramento do desempenho podem assumir a forma de teste de hipóteses.

Se os funcionários e gerentes de uma empresa tiverem cumprido as metas dos vetores de desempenho – como reciclagem de funcionários, disponibilidade de sistemas de informação, desenvolvimento de novos produtos e serviços – então o fato de os resultados esperados não terem sido alcançados – por exemplo, maior volume de vendas ou venda de diversos produtos para cada cliente – indicará que a teoria implícita na estratégia talvez não seja mais válida. Essa evidência negativa terá que ser levada a sério. Os executivos devem, então, dar início a um intenso diálogo para analisar as condições de mercado, as propostas de valor que eles estão oferecendo aos clientes-alvo, o comportamento dos concorrentes e as capacidades internas. O resultado pode ser a

reafirmação da crença na estratégia atual, mas com o ajuste da relação quantitativa entre as medidas estratégicas do BSC. Por outro lado, a revisão estratégica pode revelar a necessidade de uma estratégia inteiramente nova – a consequência de um aprendizado de circuito duplo – face aos novos conhecimentos em relação às condições de mercado e às capacidades internas. Em qualquer um dos casos, o scorecard terá estimulado o aprendizado entre os executivos com relação à viabilidade e à validade da estratégia. A experiência mostra que esse processo de coleta de dados, teste de hipóteses, reflexão, aprendizado estratégico e adaptação é fundamental para a implementação bem-sucedida da estratégia empresarial.

O processo de aprendizado estratégico alimenta o processo seguinte – visão e estratégia – onde os objetivos extraídos das diversas perspectivas são analisados, atualizados e substituídos de acordo com a visão mais atualizada dos resultados estratégicos e dos vetores de desempenho necessários para os períodos futuros.

## O PRÓXIMO PASSO

Depois de construírem seu primeiro BSC, as empresas devem logo incorporá-lo ao seu processo gerencial, transformando-o na pedra angular de um novo sistema de gestão estratégica. O modelo possibilita aos executivos preencher uma lacuna em suas organizações: uma incoerência fundamental entre o desenvolvimento e a formação da estratégia e a sua implementação.

Esta incoerência, segundo KAPLAN e NORTON (1997), é decorrente das barreiras criadas pelos sistemas gerenciais tradicionais que as organizações utilizam para:

- Criar e comunicar estratégia e direções;
- Alocar recursos;
- Definir metas e direções para departamentos, equipe e indivíduos;
- Fornecer feedback.



## BARREIRA Nº 1: VISÃO E ESTRATÉGIA NÃO EXECUTÁVEIS

A primeira barreira à implementação estratégica ocorre quando a empresa não consegue traduzir sua visão e sua estratégia de forma compreensível e factível. Quando existem divergências fundamentais entre a maneira como as nobres declarações de visão e missão são traduzidas em ações, a consequência é a fragmentação e a subotimização das iniciativas. Quando não existe um diálogo perfeito para que se obtenha entendimento, o executivo principal não se faz entender por toda sua equipe, levando-a a ações controvertidas e eventualmente antagônicas, quanto à busca da qualidade, melhoria contínua, *empowerment*. As iniciativas não são integradas nem cumulativas, visto que não estão associadas de forma coerente a uma estratégia global.

A construção do BSC esclarece as metas estratégicas e identifica os vetores críticos para o sucesso. O processo gera consenso e sentido de equipe entre todos os altos executivos, independente de seus empregos anteriores, experiência profissional ou qualificação funcional. O scorecard traduz a visão em temas estratégicos críticos que podem depois ser comunicados e colocados em prática por toda a organização.

## BARREIRA Nº 2: ESTRATÉGIA NÃO ASSOCIADA ÀS METAS DE DEPARTAMENTOS, EQUIPES E INDIVÍDUOS

A Segunda barreira surge quando as exigências de longo prazo da estratégia da unidade de negócios não são traduzidas em metas para os departamentos, equipes e indivíduos. Nesse caso, o foco do desempenho dos departamentos continua a ser o cumprimento dos orçamentos financeiros estabelecidos como parte do processo tradicional de controle gerencial. As equipes e indivíduos integrantes dos departamentos tem suas metas vinculadas à consecução de metas departamentais táticas e de curto prazo, em detrimento da criação de capacidades que permitam a realização de metas estratégicas a prazos mais longos. Essa barreira talvez possa ser atribuída ao fato de os executivos de recursos humanos não agirem como facilitadores do alinhamento das metas dos indivíduos e equipes aos objetivos da organização como um todo.

### BARREIRA Nº 3: ESTRATÉGIAS NÃO ASSOCIADAS À ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A terceira barreira à implementação da estratégia é a falta de alinhamento dos programas de ação e da alocação de recursos às prioridades estratégicas de longo prazo. Atualmente, muitas organizações adotam processos separados para o planejamento estratégico e a orçamentação a curto prazo. A consequência é que os fundos e as alocações de capital discricionárias raramente estão relacionados às prioridades estratégicas. As grandes iniciativas – como reengenharia – são tomadas com pouco sentido de prioridade ou impacto estratégico, e as revisões mensais e trimestrais se preocupam em explicar as divergências entre as operações reais e as operações orçadas e não com o progresso das metas estratégicas. A falha nesse caso pode ser atribuída conjuntamente aos vice-presidentes de planejamento estratégico e financeiro por não verem a necessidade de integração de suas iniciativas, preferindo o cumprimento de suas agendas funcionais independentes.

### BARREIRA Nº 4: FEEDBACK TÁTICO, NÃO ESTRATÉGICO

A última barreira à implementação da estratégia é a falta de feedback sobre como a estratégia está sendo implementada, e seus resultados. A maioria dos sistemas gerenciais de hoje fornece feedback apenas sobre desempenho operacional a curto prazo e a maior parte desse feedback está relacionada às medidas financeiras, normalmente estabelecendo uma comparação entre os resultados reais e os orçamentos mensais e trimestrais. Pouco ou nenhum tempo é dedicado aos exames dos indicadores da implementação e do sucesso da estratégia. Essa falha pode ocorrer por falta ou má comunicação do responsável pelo sistema de informações ou por deficiência dos processos de análise tática, sob responsabilidade do diretor financeiro. A consequência é que as empresas não tem como obter feedback sobre sua estratégia. E sem feedback, não tem como testar e aprender essa estratégia na prática (vide figura 1).

O maior benefício do uso do BSC como sistema de gestão estratégica ocorre quando as empresas realizam revisões estratégicas regulares, não apenas análises operacionais. Um processo de feedback e aprendizado estratégico baseado no BSC possui três grandes ingredientes essenciais:

1. Uma visão estratégica estruturada e compartilhada, que comunica a estratégia e permite aos participantes ver como suas atividades individuais contribuem para a realização da estratégia global;
2. Um processo de feedback que coleta dados de desempenho sobre a estratégia e permite que as hipóteses sobre inter-relações entre objetivos e iniciativas estratégicas sejam testadas;
3. Um processo de solução de problemas em equipe que analisa e aprende com os dados de desempenho obtidos e adapta a estratégia às condições e situações que venham a surgir.

A revisão da estratégia, o circuito duplo, permite a aprendizagem, a mudança da estratégia para que se adapte às novas condições de competitividade, mercado e tecnologia.

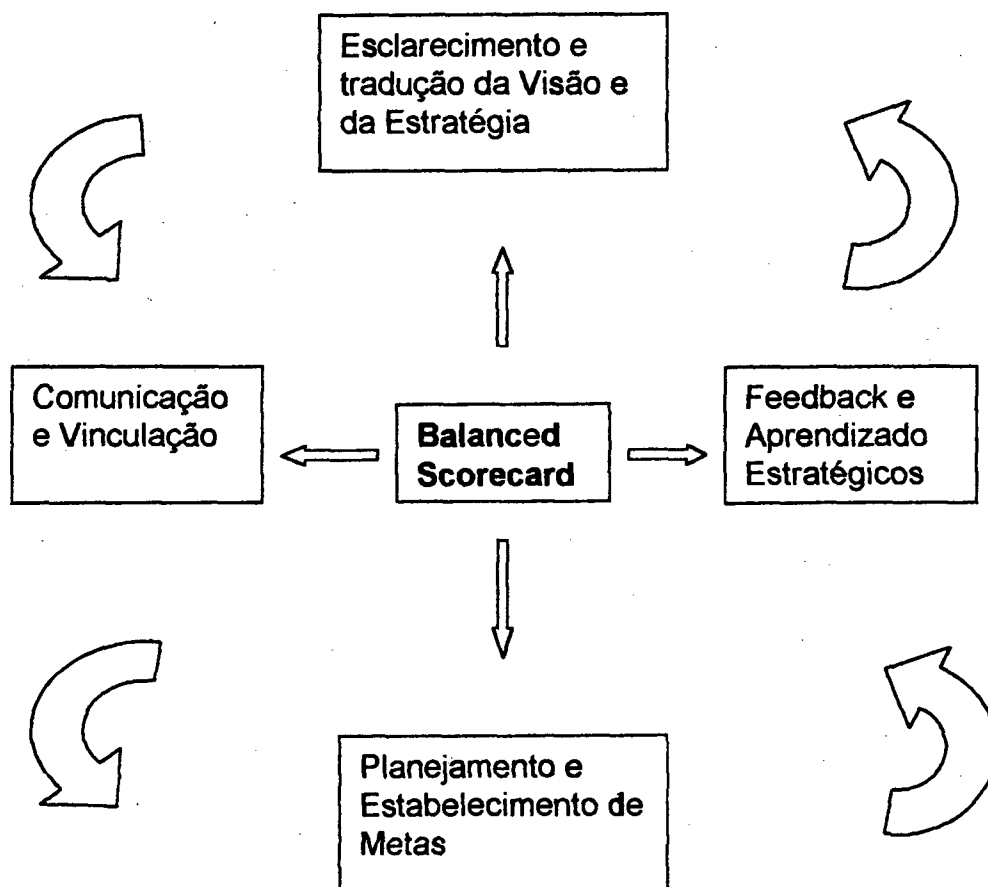


Figura 1 - Balanced Scorecard (Fonte: Kaplan e Norton, 1997, p.205)

## **5.2 O MODELO DE HOPE: DEZ QUESTÕES ESSENCIAIS PARA A ERA DA INFORMAÇÃO E O MÉTODO ABC**

Passaram-se duzentos anos da revolução industrial e persistem as incertezas que antecedem períodos de prosperidade. Os mesmos receios que hoje afligem aos trabalhadores, na era da informação e na economia do conhecimento, amedrontaram os trabalhadores da agricultura quando migraram para as fábricas. O trabalho seguro está sendo substituído pela reengenharia e “downsizing”. As propostas de crescimento de trabalho, educação e estabilidade social são menos previsíveis hoje do que em épocas anteriores.

A economia da terceira onda, segundo HOPE e HOPE (1997), é dominada pelas organizações que provêm serviços, centralizando a grande maioria do valor agregado e empregos em todos os países industrializados. De fato, a fronteira entre serviços e manufatura é cada vez mais uma linha indefinida. Mesmo dentro das empresas de manufatura, a percentagem de atividades de produção está declinando em favor de atividades de serviços como design, marketing, e suporte ao consumidor que passam a agregar maior valor. O motor que impulsiona a economia da terceira onda é o setor de alta tecnologia.

O balanço de poder em relações industriais, tem também sofrido dramática mudança em favor dos provedores de serviços. Exemplos como o Wall-Mart, Toys”R”Us, Marks & Spencer, e outras várias redes de supermercados agora ditam regras para seus fornecedores industriais. O mesmo ocorre nos correios, comunicações e companhias aéreas. Mais, várias indústrias não mais consideram a produção sua competência essencial. Empresas tais como a Nike e Apple terceirizam a produção para reduzir custos da manufatura.

O cenário competitivo da terceira onda está mudando rapidamente. Observa-se mudanças sísmicas que enfraquecem e provocam consequências imprevisíveis para

países, negócios e indivíduos. Pode-se analisar os efeitos dessas mudanças sob os seguintes aspectos:

- O impacto da tecnologia;
- O mercado global;
- Mudança na política governamental (tais como a desregulamentação);
- A mudança face a competição;
- A mudança do padrão de emprego;
- O crescimento do conhecimento como recurso econômico chave.

HOPE e HOPE (1997) analisam dez questões essenciais para o sucesso na terceira onda, preparando os executivos para enfrentá-la.

#### **Questão 1**

##### **Estratégia: Inovação em Compras**

- Aprender a pensar “fora da caixa”
- Confiar nas pessoas a pensar e agir estrategicamente
- Construir competências essenciais e evitar falta de flexibilidade
- Influenciar valor através de alianças estratégicas e redes econômicas

#### **Questão 2**

##### **Valor do Cliente: repassando competências para o cliente**

- Escolhendo a proposta certa de valor e construindo o modelo operacional correto
- Envolver continuamente o modelo

#### **Questão 3**

##### **Gerenciando o conhecimento: a influência do conhecimento para a vantagem competitiva**

- Aprender como definir e adquirir conhecimento
- Aprender como aprender
- A influência do conhecimento para a vantagem competitiva

**Questão 4**

**Organização: organizando através de redes e processos**

- Movendo-se da hierarquia para redes e enfatizando processos e equipes
- Reconhecendo a organização como estrutura social

**Questão 5**

**Foco no Mercado: Encontrar e Manter a estratégia, lucratividade e lealdade do cliente**

- Construindo o valor do capital cliente
- Encontrar qual cliente é valioso e manter os clientes certos

**Questão 6**

**Gerenciando a Contabilidade: administrar o negócio, não os números**

- Saber como analisar o produto e serviço lucrativamente
- Usar a contabilidade para ajudar a melhorar os processos
- Procurar sistemas contábeis mais relevantes

**Questão 7**

**Medida e Controle: encontrar o equilíbrio entre controle e autonomia**

- Cuidar das implicações comportamentais da orçamentação
- Encontrar o equilíbrio entre controle e autonomia
- Implementar um sistema de medida estratégico

**Questão 8**

**Valor do Acionista: Medida da Nova Fonte de Criação de Saúde: capital intelectual**

- Entendendo a mudança dos valores
- Notar os usos da informação contábil e o problema da avaliação do capital intelectual
- Notar as mudanças necessárias na avaliação de gastos de capital

**Questão 9****Produtividade: Encorajando e Premiando o trabalho de criar valor**

- Cuidar do modelo da segunda onda – em busca do menor custo unitário
- Adotar o modelo da terceira onda – em busca do trabalho de adicionar valor
- Procurar novos sistemas de medidas

**Questão 10****Transformação: Adotar o modelo da terceira onda**

- Questionar o efeito do modelo da segunda onda
- Migrando para o modelo da terceira onda
- Questionar o valor do treinamento gerencial

HOPE e HOPE (1997) são enfáticos em afirmar como a análise de custos realizada atualmente pelas empresas, pode levar a uma distorção no valor do produto. Para isso eles recomendam a utilização da Gestão Estratégica de Custos, como a seguir.

O ambiente atual é caracterizado por alguns dos seguintes aspectos, ou por todos eles: estratégias empresariais em mudança, clientes internacionais, concorrentes internacionais, maior variedade de produtos, custos de venda mais elevados, menor ciclo de vida dos produtos, custos de *design* mais elevados. Cada um destes aspectos tem grandes implicações na contabilidade gerencial, mas poucos mudaram a forma como ela ainda é praticada.

De fato, quando percebe-se que o sistema contábil é, normalmente, a maior fonte de informação de que os executivos dispõem para o planejamento e o controle, consegue-se entender como as críticas à sua relevância podem conduzir a questões sérias acerca da capacidade da empresa em ser competitiva. Recuando um pouco e vendo o que os livros dizem sobre a contabilidade gerencial.

A maioria dos livros concordam, de modo notável, sobre os propósitos da contabilidade gerencial (Figura 2).

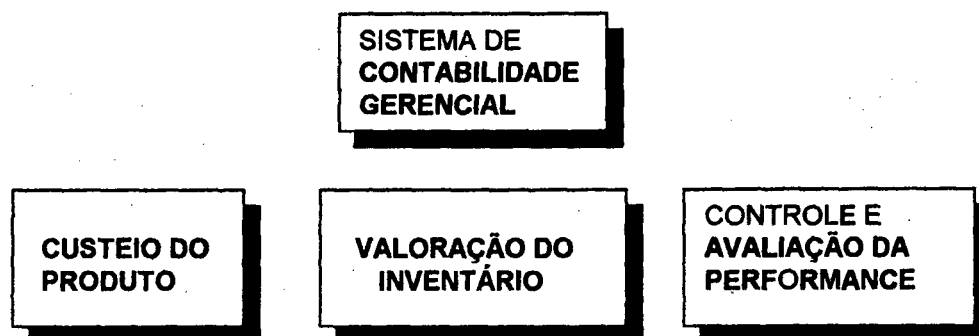


Figura 2 – Propósito da Contabilidade Gerencial (Video Gestão Estratégica de Custos-HOPE)

Esses são normalmente três: custeio do produto, valoração do inventário e controle e medição da performance. Aos três, contudo, nem sempre é dada a mesma importância. Frequentemente, toma-se a avaliação do inventário da empresa como o propósito maior do sistema tradicional de contabilidade gerencial de uma empresa de manufatura. Realmente, os livros dedicam muitos capítulos aos métodos de valoração do trabalho em progresso e da alocação de custos para unidades individuais de estoque.

Mas essas valorações de inventário são normalmente determinadas por influências externas, como as normas legais de um país – e essas normas dizem respeito unicamente ao custo total exato do inventário, assim como tal custo é verificado pelo auditor externo. O perigo é que, na prática, porque os executivos precisam conhecer o custo individual do produto e da matéria-prima, as medições externas podem não ser úteis quando eles usam essa agregação. De fato, como veremos, pode ser desastroso os executivos utilizarem dados externos para derivarem os custos do seu produto, se os custos reais de cada produto individual diferirem muito entre si. Do mesmo modo, as medições de controle podem fornecer indicações incorretas se incorporarem dados derivados.



Os contabilistas regularmente produzem informação para ajudar no direcionamento da empresa. Por exemplo, os tomadores de decisões podem precisar saber se devem produzir ou comprar um componente, se devem medir a performance semanal, mensal ou anualmente, e se devem confiar nos custos do produto para decidir sobre o preço, a fonte e o *mix* de produtos. O diagrama mostra como a informação fornecida pelos contabilistas pode ser menos útil do que os tomadores de decisões gostariam que fosse, porque, quando a utilizarem, ela já estará desatualizada. De um modo mais imediato, a qualidade da informação pode ser diminuída tanto pelo fato de ser obtida muito tardiamente quanto por ser muito agregada ou muito distorcida. Isso pode acontecer porque a informação utilizada pelos gerentes é preparada, em primeiro lugar, para satisfazer usuários externos, como os acionistas ou as autoridades fiscais e, assim, está sujeita às regras legais de contabilidade mencionadas anteriormente.

Portanto, os executivos devem estar conscientes de que a informação que regularmente utilizam para gerenciar a empresa pode não ser a melhor para alcançar o objetivo em questão. Sem dúvida seria preferível que os executivos tivessem, prontamente disponível, a informação específica de que necessitam para gerenciarem a sua parte do negócio – livre de requerimentos legais de relatório.

Porém, a pergunta central da questão é: “Como saber quais são os produtos lucrativos da empresa?” A resposta de um contabilista conservador seria a utilização dos dados tanto para operações como para a preparação das contas mensais de administração. Essas contas mensais formam a base dos relatórios anuais apresentados aos acionistas. Efetuam-se muito poucas mudanças no final do ano. Por simplificação, exclui-se todos os custos de vendas e todos os custos administrativos. Basicamente, aloca-se esses custos aos produtos de acordo com as suas receitas de vendas. Avaliam-se todos os custos de produção como variáveis ou fixos. Os custos variáveis mudam com as unidades adicionais de produção; os custos fixos permanecem constantes durante o mês, qualquer que seja o nível de produção. Considera-se como custo variável: matéria-prima e trabalho direto. Este é procedimento de alocação de serviço direto, que dará a contribuição por unidade, o

que mostra o valor de que cada unidade vendida dispõe para cobrir a sua parte de custos fixos e a forma como cada uma contribui para o lucro global da empresa.

O foco da contabilidade gerencial é o fornecimento de informações para decisões de curto prazo. O papel do contabilista é ajudar o negócio, assegurar que as contas internas estejam equilibradas, que os gerentes de produção entendam que os custos fixos são recuperados rapidamente através da produção do maior número possível de produtos e, em particular, que a existência de quaisquer variações entre o previsto e a performance real sejam explicadas.

Como se vê, a explicação acima não cita nenhuma vez a estratégia da empresa. O sistema de custos parece estar independente da forma pela qual a empresa escolheu para o desenvolvimento de seus negócios e os mercados em que opera.

O sistema de custos que se pretende, é aquele que oportuniza estratégias de longo prazo. A gestão estratégica de custos contém três elementos distintos. O primeiro é a análise da cadeia de valor. A ênfase na análise de custos desloca-se dos departamentos e funções para as atividades e, em particular, para aquelas que agregam valor ao nosso produto. Assim, os custos são identificados em todas as atividades que compõem a nossa cadeia de valor agregado.

Dentro de um sistema de alocação de *overhead*, é difícil saber se se obtém lucro com os produtos individuais, porque apuram-se todos os custos por departamento, embora os clientes não comprem as funções ou os departamentos. Eles compram produtos e, no entanto, raramente observa-se o percurso dos mesmos através da cadeia de valor. A questão é que não se considera com a devida atenção os custos totais do produto, desde o *design* até o serviço, e gasta-se muito tempo avaliando individualmente os departamentos da empresa. De fato, não se sabe se as atividades acrescentam aos produtos valor suficiente para superar os custos gerados. Assim, acredita-se que o montante e o tipo de análise de custos que são feitos deve depender da forma como a empresa está competindo.

Esse é o segundo elemento da gestão estratégica de custos, denominado de posicionamento estratégico, e aborda a forma como os produtos são posicionados nos mercados em que são vendidos. Em outras palavras, o sistema de contabilidade de custos deveria dar ênfase a diferentes atividades quando a concorrência é com produtos de massa de baixo custo – por exemplo, a habilidade da equipe de produção em alcançar metas apertadas de custos de produção – ou quando concorre-se com uma estratégia de diferenciação do produto – por exemplo, a capacidade da equipe de marketing para controlar os custos de publicidade que mostram aos clientes as diferentes características do produto.

O último elemento na abordagem da gestão estratégica de custos talvez seja o mais radical dos três – concentra-se mais na compreensão das causas dos custos do que na sua alocação. Em um ambiente cada vez mais complexo, os custos não vão depender somente do número de unidades que são produzidas. Eles serão cada vez mais determinados por fatores que refletem a complexidade do ambiente – por exemplo, pela variedade dos produtos, pelo tempo de lançamento de cada produto e pela decisão de manter estoques elevados ou produzir por encomenda.

Esse elemento final da gestão estratégica de custos é conhecido como análise dos geradores de custo. Esses três elementos separados, mas interrelacionados – análise da cadeia de valor, análise do posicionamento estratégico e análise dos geradores de custos – constituem, possivelmente, uma nova estrutura para a contabilidade gerencial, a qual não pode-se dispensar se efetivamente pretende-se ser competitivo no futuro.

Os custos dependem inteiramente das atividades que os causam. Palavras como “fixos” e “variáveis” podem causar ilusões. De fato, alguns dos custos que crescem mais rapidamente são aqueles que o sistema descreve como “fixos”. Parece que alguns custos fixos são mais fixos do que outros. Para entender os custos, deve-se saber que atividades a empresa desenvolve para por em prática a sua estratégia, e se ela as executa bem ou não.

A maior parte dos produtos são lançados pelas empresas na expectativa de virem a gerar lucros no futuro – em outras palavras, os lançamentos de produtos são decisões estratégicas de longo prazo. É claro que produtos diferentes têm diferentes ciclos de vida – o grau de concorrência garante isso. E é verdade que em muitas indústrias de alta tecnologia, como a de computadores e a de componentes eletrônicos, a velocidade da inovação vem diminuindo de forma drástica esses ciclos de vida. Tudo isso obriga as empresas a saberem quais dos produtos são os vencedores e quais são os perdedores. Saber quais são os vencedores e quais são os perdedores depende de, pelo menos, dois conjuntos de dados – um relacionado às receitas do produto e outro relacionado aos custos do mesmo.

Essas questões nem sempre estão separadas. Em muitas situações, as organizações utilizam os custos internos para definirem os preços e, realmente, muitas empresas que trabalham com órgãos governamentais têm suas receitas ligadas diretamente aos seus custos, porque a maior parte dos preços dos contratos com os governos são estabelecidos adicionando-se uma margem preestabelecida aos custos da empresa contratada. Assim, uma definição exata dos custos pode afetar ambas as faces da moeda – nesse caso, o lucro.

A questão na determinação da apropriabilidade está no modo como os custos são alocados aos produtos pelo sistema contábil. Atividades como transportar matéria-prima, ajustar máquinas e contatar clientes exigem a utilização de recursos – por exemplo, o tempo do departamento de distribuição, o tempo da máquina e o tempo do departamento de vendas. Cada um desses recursos tem um custo. Os produtos consomem esses recursos de formas diferentes, nos estágios de *design*, produção, marketing, e, assim, devem ser onerados pelo seu custo.

Nem sempre a identificação de todos os custos é tarefa muito fácil. Nos sistemas tradicionais, a definição de alguns custos, como tempo de ajuste, nem sequer é feita. Eles são tratados como custos fixos de um departamento em particular. De fato, hoje em dia a maioria dos problemas de custeio dos produtos resulta da forma como as empresas identificam e alocam esses custos “fixos” aos produtos – especialmente

porque as empresas não seguem o princípio de causa e efeito. Isso significa dizer que as atividades levam ao consumo de recursos, e o efeito é um fluxo de caixa negativo atribuível ao produto que utiliza a atividade. Pelo contrário, a maior parte dos executivos aceita que uma proporção dos seus custos é “fixa”, e continuam a alocar esses custos aos produtos numa base arbitrária – o que tem muito pouco a ver com causa e efeito. É importante que se faça a pergunta correta: Por que estes custos fixos aparecem e quais as atividades que lhe dão origem. Com isso concentra-se nos “geradores de custos”.

Segundo COOPER e KAPLAN (1988), as empresas estão definindo seus custos demasiadamente elevados ou demasiadamente baixos para alguns de seus produtos. Muitas empresas não sabem onde estão ganhando dinheiro ou onde estão perdendo. É fato que a contabilidade tradicional considera que os custos fixos permanecem inalterados no curto prazo, podendo variar em degraus de acordo com o nível de atividades, e o custo variável altera-se somente quando há variação no volume de produção. Os autores citados argumentam que muitos itens de custo importantes variam não só de acordo com o volume de produção, e sim de acordo com mudanças sofridas durante alguns anos no projeto dos produtos, no composto da produção, além do próprio volume de produção. Em resumo, o que efetivamente determina o resultado destes custos é o grau de complexidade da estrutura produtiva da empresa. O método mais adequado para expressar a complexidade da produção e custos reais é o ABC ou o Custeio Baseado em Atividades.

#### O QUE É O MÉTODO ABC.

“O Custeio Baseado em Atividades, conhecido como ABC, é uma metodologia de custeio que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos”, este é o conceito expresso por MARTINS, (1998, p.93).

O ABC também pode ser aplicado aos custos diretos, principalmente à mão-de-obra direta, e é recomendável que o seja; mas não haverá, neste caso, diferenças

significativas em relação aos chamados “sistemas tradicionais”. A diferença fundamental está no tratamento dados aos custos indiretos.

O ABC foi desenvolvido tendo-se em mente o princípio do custeio por absorção, na medida em que não atribui os custos da capacidade ociosa aos produtos (COOPER e KAPLAN, 1988) de fato, o custeio baseado em atividades baseia-se em um modelo de consumo de recursos, e não de gastos com recursos (COOPER, 1990). A diferença básica entre estes modelos é que, enquanto o modelo de consumo define custos como sendo o valor dos recursos realmente utilizados para a fabricação dos produtos, o modelo de gasto considera custos os gastos com os recursos empregados no período para a fabricação dos produtos, mesmo que tais insumos não tenham sido totalmente aproveitados (BORNIA, 1997).

O ABC defende que a análise de custos estenda-se às despesas de estrutura (administrativa, comerciais e financeiras). COOPER e KAPLAN (1998) consideram que, em muitas companhias, tais despesas ultrapassam 20% do faturamento, e a não alocação de tais despesas aos produtos, embora requerida pela contabilidade financeira, é inadequada para medir os custos dos produtos. O modelo de consumo de recursos usado pelo ABC permite detectar as consequências de decisões no longo prazo.

## O QUE É GERENCIAMENTO DE CUSTOS?

A identificação dos custos com as atividades da empresa é uma boa maneira de se medir desempenho, pois torna-se possível reconhecer quais atividades estão influenciando significativamente nos gastos da empresa. Isto é importante pois, a partir desta informação, a gerência pode planejar e executar ações de controle sobre atividades específicas, superando problemas de sistemas tradicionais, onde a análise sobre os custos apontava, no máximo para um departamento, dificultando muito o controle. O gerenciamento e controle das atividades empregando o ABC é denominado *Activity-Based Management* – ABM. Entretanto, comumente utiliza-se

a sigla ABC para designar tanto o custeio das atividades como o gerenciamento das mesmas.

O conceito de DEVELIN (1994): “O ABM identifica os fatores que dirigem os custos. Ele também mede e analisa custos de uma maneira que ajuda gerentes a entenderem melhor o que influencia suas empresas. Sendo assim, os ajuda a exercer controle eficaz para atingir seus objetivos.” Como dizem CLARK e BAXTER (1992), o uso do ABC pode melhorar o gerenciamento da empresa e não apenas melhorar o sistema de custos.

Na etapa inicial de implantação do ABC/ABM, é usual um grande detalhamento das atividades relacionadas a cada função da organização. A alocação dos custos a estas atividades é feita do modo mais acurado possível, pelo emprego de tabelas mostrando a parcela de tempo despendida por cada pessoa em cada atividade, o mesmo sendo feito com outros insumos. O cruzamento das tabelas de todas as funções mostra onde o esforço de cada um na empresa é alocado, verificando-se se há ou não redundância nas atividades.

A separação dos custos em trabalho efetivo e trabalho adicional, tão necessária quanto difícil em sistemas modernos, é possível no ABC, já que a simples classificação das atividades, as quais são os próprios direcionadores dos custos aos produtos, fornece aquela informação. Esta classificação pode ser feita ainda dentro de uma atividade, separando-se quais micro-atividades agregam e quais não agregam valor à realização daquela atividade, dentro da ótica do ABM.

As capacidades das várias atividades, em termos de número de transações potenciais, podem ser analisadas dentro do campo de informações do ABC, permitindo um acompanhamento mais detalhado das atividades mais relevantes. Os custos unitários (cost drivers rates) também podem servir como medida de desempenho das mesmas e podem ser acompanhados no tempo para revelar onde as modificações nos custos estão ocorrendo, além de serem úteis em orçamentos e simulações (BORNIA, 1997).

Da mesma forma, o controle dos desperdícios fica facilitado, pois a mensuração pode ser feita para cada atividade e o processo de melhoria pode ser efetuado diretamente sobre as atividades, independentemente de qualquer alocação dos custos aos produtos. Com efeito, os desperdícios pertencem ao sistema produtivo como um todo e não a produtos específicos. Assim, muitos dos problemas dos métodos tradicionais podem ser superados.



## **Capítulo 6 – O SISTEMA VIGENTE NO HC-UFPR**

## 6. O SISTEMA VIGENTE NO HC-UFPR

Crise é palavra velha conhecida das administrações do Hospital de Clínicas. A crônica falta de recursos financeiros, a incerteza quanto ao futuro, marcaram a história da instituição desde sua inauguração.

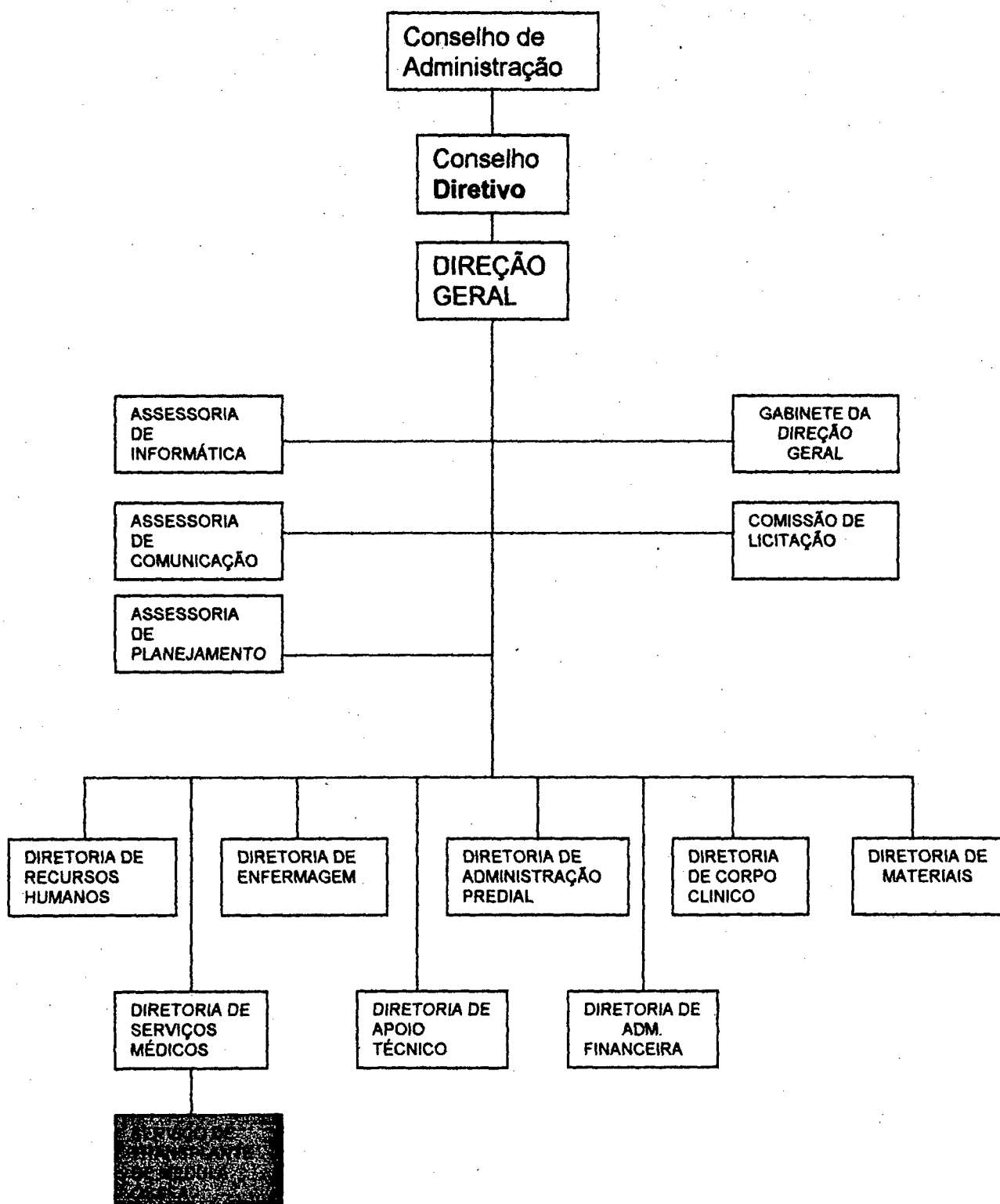
A crise do final dos anos noventa parece ter a mesma dimensão das anteriores. Acredita-se porém, que agora trata-se de uma situação nova, algo muito mais profundo e complexo: um ponto de saturação representado pelo esgotamento de um modelo. Um modelo que, afinal, não pode ser identificado com muita clareza, face à multiplicidade de características.

A falência da instituição representada pela deterioração das edificações, pela falta de medicamentos e gêneros alimentícios, pela redução de atendimento, a desmotivação e falta de interesse da comunidade são sintomas do modelo em fase terminal.

Pode-se argumentar que é um problema da conjuntura, que faz com que o Diretor Geral seja substituído com frequência, impedindo assim um caminhar no sentido das soluções, na formação de equipe, na retomada do crescimento. Falar em crescimento neste momento parece impróprio, no entanto sabe-se ser esta uma necessidade de sobrevivência.

Com o objetivo de melhor elucidar a situação atual, foi solicitado à alta administração responder a um questionário (Anexo), no qual pergunta-se sobre planejamento estratégico, missão, valores, alocação de recursos. Isto porque acredita-se que o Hospital de Clínicas precisa ter muito claro sua missão e objetivos, definir o seu destino e não simplesmente deixar-se levar pela contingências, ter identidade e personalidade no cumprimento de seus compromissos, rever estratégias.

## ORGANOGRAMA GERAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR



Da análise das respostas infere-se que existe grande disparidade nas ações das várias diretorias, assim como da Direção Geral. Para nortear as ações, foi estabelecido o Plano de Cem Dias, quando da posse do atual Diretor em julho de 1999. O Diretor anterior estava no cargo há aproximadamente 1,5 anos, coincidindo com a posse do atual Reitor. A equipe foi formada pelo Diretor anterior, sendo mantida pelo atual. No descompasso de mudanças tão freqüentes, a equipe passou a agir de forma quase que independente, tendo como diretriz o planejamento já citado.

A resposta a pergunta “Como a visão desta administração está sendo traduzida para a comunidade interna”, foi unânime: através dos meios de comunicação internos (jornal institucional, reuniões comunitárias, reuniões dos órgãos colegiados). Todos tem muito claro que este hospital tem um compromisso com a sociedade e deve cumpri-lo através da formação de recursos humanos na área da saúde, realizando pesquisa e assistência médica. A Direção de Enfermagem tem feito investimento maciço em treinamento de recursos humanos, no sentido de conscientizar os funcionários sobre a necessidade de maior atenção e envolvimento com o paciente e familiares. Duas diretorias afirmaram que a tradução da visão é segmentada causando assim uma certa alienação de parte da comunidade. Ou seja, os professores só demonstram interesse naquilo que diz respeito ao ensino, os funcionários à sua tarefa específica, cabendo única e exclusivamente à direção a responsabilidade pela gerência do todo. Além disso, a política universitária é relevante. Existe grande distanciamento e mesmo antagonismo por parte de outros setores da Universidade, com relação ao Hospital de Clínicas, o que acaba dificultando as ações que demandam sua compatibilização. Em função do alto volume de “incêndios a apagar”, as atitudes de informação, educação e conscientização da comunidade acabam sendo postergadas e consequentemente, o distanciamento e alienação tende a aumentar. A comunidade interna recebe informações do Hospital através da imprensa, causando uma sensação de mal estar, como se não se trabalhasse neste local.

Quanto às metas estratégicas da gestão, as respostas foram todas referentes ao curto prazo. Tanto pela indefinição administrativa, quanto pela situação de

necessidade premente de ações paliativas quanto a estoques de insumos. A tarefa de ressuprimento de estoques é tarefa da Direção Técnica em conjunto com a Direção de Materiais. Em função das alterações da legislação, houve a necessidade de estabelecer prioridade de compras, assim como estudar redução de quantidades. As negociações envolveram maior número de fornecedores, com redução de preços para pagamentos à vista. A Direção Médica e de Enfermagem trabalharam no sentido da definição da força de trabalho. Não há possibilidade de contratação, continua-se a perder funcionários para a concorrência ( o serviço público está sem receber reajustes há seis anos), o atendimento deve ser mantido nos níveis normais, pois eventuais reduções terão reflexos sobre o faturamento. Isto colocado, é preciso realizar um trabalho de “quebra-cabeça” para fechar escalas e manter os funcionários motivados para que a produtividade seja mantida. A maneira encontrada para fazer frente a estes problemas foi a realização de atendimento a convênios e particulares, para melhorar a receita. Já foi obtida a autorização para tal, porém ainda não foram iniciados os atendimentos. A Direção de Enfermagem tem grande preocupação em aproximar a equipe de supervisão da administração, para que a passagem de informações seja objetiva, correta e ágil. A revisão de técnicas básicas do serviço de assistência é tarefa constante, sempre na busca da maior qualidade, maior conforto e segurança do paciente e economia para a instituição. Tem-se trabalhado intensamente a comunidade externa, junto com a Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas, para a obtenção de doações para projetos específicos. Para alcançar maior humanização, maior envolvimento entre pacientes-comunidade interna-comunidade externa, os trabalhos com a Associação dos Amigos do HC e o Serviço de Voluntariado têm sido fundamentais.

No que diz respeito ao consenso das iniciativas, a resposta do Diretor Geral foi de que ele é incontestável face à importância das decisões. No entanto, os diretores de área não são unânimes nas respostas. Existe a prevalência pela ação naquelas unidades onde a gerência é mais forte, ou seja, ganha mais quem grita mais alto. O Plano de Cem Dias (planejamento estratégico desta gestão), foi definido em bases absolutamente emergenciais e não estratégicas, levando assim todas as ações. Além disso foram consideradas as reivindicações de ordem política, não sendo

necessariamente as de maior importância para a instituição. Depreende-se da entrevista com o chefe do Serviço de Transplante de Medula Óssea, que a sua angústia é pela demora nas decisões, levando-o a tomá-las pessoalmente, por caminhos às vezes , externos a própria instituição, usando de prestígio individual. Segundo o Diretor Geral, as discussões são realizadas em horizontalidade com os membros da diretoria e conselheiros.

A comunidade interna ressent-se do pouco conhecimento das estratégias, dificultando o foco das ações. Segundo a Direção Técnica, administra-se a rotina, com as dificuldades da pouca flexibilidade orçamentária. Para fazer frente à falta de flexibilidade, à remuneração do SUS incompatível com os custos está sendo estruturado todo o setor de faturamento de contas médicas. É realizado rastreamento de todas as despesas efetuadas para que a cobrança seja a mais completa possível, a equipe médica e de enfermagem está sendo treinada ao correto preenchimento do prontuário a fim de facilitar o processamento das contas hospitalares. A unidade referente a este estudo é o maior usuário do Serviço de Análise Clínicas, que apresenta alto custo em função do valor dos insumos assim como, grande capacitação da mão de obra. Daí a importância da racionalização de consumo, administrar as compras de forma a reduzir estoques e manter a diversificação. A informatização é passo fundamental para que se obtenha sucesso nesta tarefa.

O método de custeio utilizado é o de absorção por centros de custos. Este método é falho na determinação dos custos dos produtos e principalmente, na localização das perdas para o processo de melhoria, porque não trabalha com atividades e, então, é difícil a diferenciação entre custos e perdas nos vários centros de custos. Em função dos altos custos do Serviço de Análises Clínicas e pelas dificuldades já explanadas, a ASPLAN (Assessoria de Planejamento) já iniciou um processo de análise pelo método ABC. Esta metodologia, no entanto, deve nortear decisões estratégicas, e não simplesmente servir de análise contábil; atualmente a metodologia é válida, pois oferece um cenário da situação de cada clínica,

possibilitando assim, àqueles que desejarem, a tomada de decisão sobre mudanças de  
rumo de suas ações.

## **Capítulo 7 – ESTRATÉGIA PARA O STMO**



## 7. ESTRATÉGIA PARA O SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

O objetivo da proposta é, através do Serviço de Transplante de Medula Óssea, demonstrar a viabilidade do serviço público na área de assistência à saúde. Premissa fundamental é a execução do planejamento estratégico com formulação de indicadores de desempenho pelo método BSC. O planejamento deve permitir a definição de ações estratégicas, que serão desdobradas em planos de ação e em um sistema de indicadores de desempenho para a unidade. A etapa subsequente é a de estabelecer revisões periódicas para avaliação do atingimento de metas. A seguir (Fig. 4), a proposta para o STMO de um BSC, conforme definido por KAPLAN e NORTON (1997).

### BALANCED SCORECARD PARA O TMO

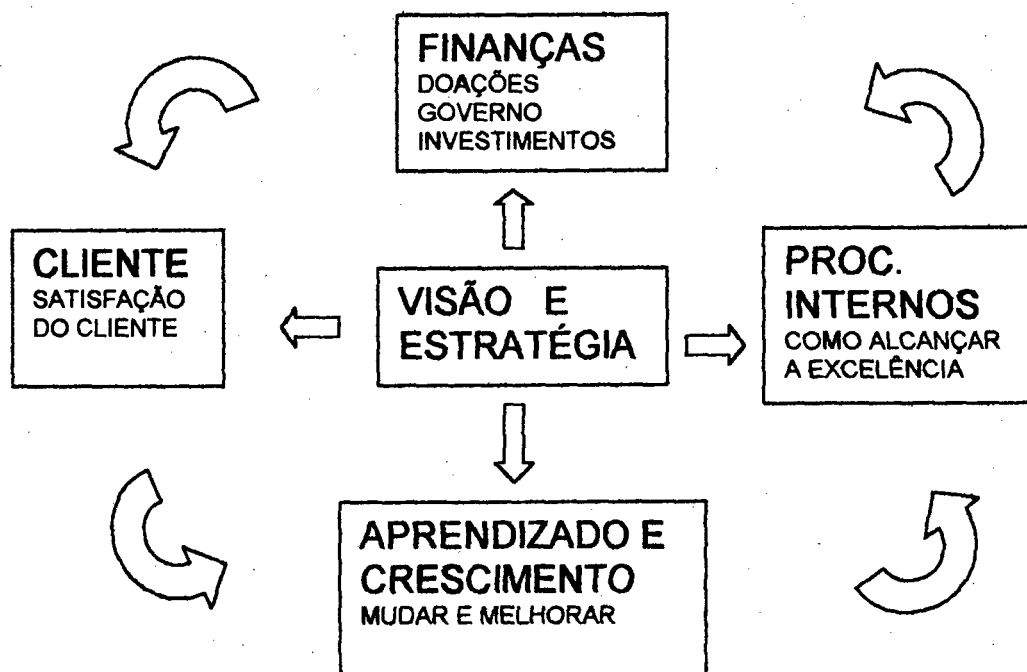


Figura 4 – Balanced Score Card

## O QUE É O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

O transplante de medula óssea é um procedimento terapêutico que consiste na infusão, por via intravenosa, de sangue de medula óssea obtido de um doador, previamente selecionado por intermédio de uma série de exames, em um receptor adequadamente condicionado (PASQUINI e FERREIRA, 1990).

Basicamente, o processo de transplante de medula óssea pode ser dividido em três fases principais: pré-transplante, transplante e pós-transplante.

No quadro 1 descreve-se cada fase, demonstrando as sub-fases e as principais tarefas realizadas em cada sub-fase.

Apresentam-se separadamente as tarefas executadas na fase do transplante. Primeiramente há a internação do paciente, que ocorre no dia que precede o transplante – Dia 0. No momento do transplante, no centro cirúrgico, sob anestesia, aspira-se a medula óssea, preferencialmente da crista ilíaca posterior (bacia) do doador, retirando-se cerca de 10 ml/kg de medula por meio de 100 a 200 punções realizadas por agulhas especiais para este procedimento. Após a coleta a medula é filtrada, transferida para bolsas de transfusão e posteriormente infundida pela via endovenosa no paciente.

O transplante de medula óssea tem indicações nas doenças onco-hematológicas, imunológicas, hematológicas, genéticas e oncológicas, de acordo com o tipo de transplante.

**QUADRO 1 – FASES, SUB-FASES E TAREFAS PRINCIPAIS EXECUTADAS NO PROCESSO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

FASES	SUB-FASES	TAREFAS PRINCIPAIS
Pré-Transplante	Pré Admissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do quadro clínico geral do paciente;</li> <li>- Avaliação psico-social;</li> <li>- Avaliação sócio-econômica;</li> <li>- Entrevista paciente-família.</li> </ul>
	Admissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deslocamento para a unidade de TMO;</li> <li>- orientação do processo;</li> <li>- consentimento do paciente para a realização do transplante;</li> <li>- inserção de catéter venoso central para facilitar ao paciente o contato com medicamentos, nutrição e exames;</li> <li>- Profilaxia contra bactérias e fungos.</li> </ul>
	Condicionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento quimioterápico associado ou não à radioterapia objetivando: suprimir a resistência imunológica do receptor ao enxerto de medula infundido; erradicar a doença quando o transplante faz parte do tratamento de leucemias e outras neoplasias; possibilitar a criação de espaço na medula óssea para permitir a expansão da células hematopoéticas presentes no enxerto.</li> </ul>
Transplante	Dia 0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de transplante <ul style="list-style-type: none"> <li>Autólogo</li> <li>Alogênico <ul style="list-style-type: none"> <li>Aparentado</li> <li>Não Aparentado</li> </ul> </li> <li>Singênico</li> </ul> </li> </ul>
Pós-Transplante	Pega do enxerto	Profilaxia para vírus Profilaxia e tratamento da doença contra o enxerto; Redução ou resolução da toxicidade
	Alta hospitalar	Medidas preventivas de infecção Pneumonia intersticial Profilaxia para vírus Profilaxia ou tratamento da doença contra o enxerto
	Alta ambulatorial	Acompanhamento ambulatorial Reintegração social Monitorar intercorrências Sobrevida

FONTE: Elaboração a partir de dados do TMO -SKORA (1999)

Existem três tipos de transplante, que podem ser diferenciados de acordo com a fonte de medula óssea: alogênico, autólogo e o singênico. No quadro 2 apresenta-se um resumo com os tipos de enxerto e procedência da medula óssea, que esclarecem cada tipo de transplante.

QUADRO 2 – TIPOS DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

TIPO DE ENXERTO	PROCEDÊNCIA DA MEDULA ÓSSEA
<b>Alogênico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compatível</li> <li>• Incompatível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doador aparentado com HLA compatível</li> <li>• Doador não-aparentado com HLA compatível (de programas de doadores voluntários)</li> <li>• Doador, aparentado ou não, que difere em pelo menos um antígeno do sistema HLA com o receptor</li> </ul>
<b>Singênico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gêmeo idêntico</li> </ul>
<b>Autólogo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do próprio paciente</li> </ul>

FONTE: Ortega e Neves (1966)

No transplante alogênico e singênico a medula óssea é obtida por meio de doador compatível. O paciente é submetido a sessões de quimioterapia e radioterapia. Após esta fase recebe a medula óssea do doador compatível; e após administram ao transplantado drogas imunossupressoras para a prevenção de DECH (doença ocasionada pela rejeição ao enxerto de medula)

A diferença entre transplantes alogênicos e singênicos consiste na origem do doador. Os transplantes singênicos são aqueles que ocorrem em gêmeos univitelinos; existe grande compatibilidade entre a medula do doador e receptor, com provável ausência de maiores complicações pós-transplante.

O transplante autólogo possui diferenças quanto aos transplantes alogênicos e singênicos. No transplante autólogo, a medula óssea ou glóbulos brancos do sangue do próprio paciente são retirados e criopreservados para serem infundidos após o regime de condicionamento.

## HISTÓRICO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELO TMO

No TMO do Hospital de Clínicas da UFPR os transplantes alogênicos são realizados desde 1979, os transplantes autólogos desde 1989 e singênicos desde 1983.

A tabela 1 demonstra que, a partir de 1994, o TMO estabilizou-se na realização de aproximadamente 100 procedimentos ao ano, fato este alcançado por poucos centros de transplante no mundo.

TABELA 1 – NÚMERO DE TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA REALIZADOS PELO STMO POR TIPOS DE TRANSPLANTES – 1979-97

ANO	Alogênicos/ Singênicos	Autólogos	Retransplante	TOTAL
1979	1	-	-	1
1980	0	-	-	0
1981	5	-	-	5
1982	9	-	1	10
1983	23	-	2	25
1984	23	-	1	24
1985	25	-	2	27
1986	17	-	3	20
1987	28	-	4	32
1988	40	-	5	45
1989	35	1	6	42
1990	53	1	4	58
1991	74	7	6	87
1992	80	12	5	97
1993	70	15	5	90
1994	94	17	4	115
1995	80	8	5	93
1996	81	10	8	99
1997	88	3	6	97
TOTAL	826	74	67	967

FONTE: Elaborada a partir de dados do STMO

A partir do ano de 1995 o TMO passa a realizar também transplantes entre doadores não-aparentados. Até setembro de 1998 foram realizados 49 transplantes entre não-aparentados, sendo apenas um destes realizados com medula encontrada no Brasil..

Gradativamente o número de transplantes entre não-aparentados, em relação ao total de transplantes, tem aumentado. A necessidade de realização de transplantes entre não-aparentados surge pelo fato de que a probabilidade de que dois parentes possuam a mesma carga genética para o sistema HLA é 25%, assim apenas 30 a 40% dos pacientes possuem doador familiar (PASQUINI e FERREIRA, 1990).

Um resumo do fluxo de transplantes antes da realização dos mesmos entre não-aparentados pode ser apresentado da seguinte maneira: o paciente com indicação de transplante é submetido a um exame para identificar o seu sistema HLA, para analisar sua estrutura genética. O passo seguinte é procurar, entre seus familiares, quais teriam sistema HLA compatível. Caso o doador não fosse encontrado, não haveria indicação de transplante e, provavelmente, ele iria a óbito, em questão de meses, devido à doença.

Os pacientes com indicação de transplante e que não possuem doador compatível, passam a buscar doadores em bancos de doadores internacionais. Isto ocorre em função da deficiência de cadastro de doadores no Brasil, o que dificulta e, principalmente, encarece a realização do processo. Um processo de busca de doador em banco de dados internacional custa aproximadamente US\$70000,00, conforme informações obtidas do próprio serviço, pois a maioria deles estão concentrados na Europa e Estados Unidos, dificultando as operações de logística para que a medula chegue ao Brasil. Muitos processos são abortados por este motivo, ou ainda em função da demora ocorre a progressão da doença deixando de existir o indicativo de transplante. No momento está em estudos, o pagamento pelo SUS por este procedimento, o que certamente aumentará substancialmente o número de pacientes que recorrerão a esta alternativa, com o conseqüente aumento dos transplantes a serem realizados no STMO.

As análises deste trabalho enfocarão somente os transplantes alogênicos entre aparentados e singênicos, visto que ainda são poucos os transplantes alogênicos entre não-aparentados.

## BALANCED SCORECARD PARA O STMO

### VISÃO E ESTRATÉGIA

Criar um diferencial no atendimento a pacientes portadores de deficiência hematológica, ampliando sua expectativa e qualidade de vida; mantendo-se como unidade de excelência, atuando em conjunto com o ensino, a pesquisa e a assistência.

### FINANÇAS

Objetivo 1: melhorar desempenho financeiro, atingindo o ponto de equilíbrio

Indicador: aumento da equação faturamento/despesas da unidade de internação.

Meta: manter resultado positivo “todos” os meses do ano 2000.

Iniciativas: atuar nos itens Serviço de Análises Clínicas e Serviço de hemoterapia, aplicando o sistema ABC e racionalizando compras.

Objetivo 2: aumentar o montante de doações.

Indicador: superar o valor referente a 1999.

Meta: 5% superior em relação a 1999.

Iniciativa: abrir relatórios financeiros de desempenho para Associação Alyrio Pfiffer (Associação sem fins lucrativos que apoia o STMO); realizar exames de alta complexidade à comunidade.

Objetivo 3: ampliação de transplantes não aparentados.

Indicador: número de transplantes.

Meta : SUS pagar busca de medula em banco de dados internacionais.

Iniciativa: rápida adaptação à exigência do SUS.

Objetivo 4: melhoria do controle de custos com laboratório.

Indicador: número de exames realizados por paciente X custo por exame.

Meta: identificar os exames relevantes em termos de custo X eficácia para o tratamento.

Iniciativa: acompanhamento pelo administrador e médicos para fazer avaliações.

## **SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

Objetivo 1: aumentar disponibilidade de procedimentos.

Indicador: número de transplantes aparentados.

Meta: mínimo de 8 (oito) transplantes por mês e máximo de 10 (dez).

Iniciativa: trabalhar em conjunto com a Gerência de Materiais e fornecedores para garantia de material.

Objetivo 2: melhorar condições de conforto para familiares dos transplantados.

Indicador: aumento do número de acomodações.

Meta: atendimento a dez famílias simultaneamente.

Iniciativa: estabelecer parcerias com empresas da iniciativa privada para construção/ampliação da casa de apoio.

Objetivo 3: aumento da qualidade da prestação de serviço.

Indicador: pesquisa de satisfação com o atendimento.

Meta: resolução da falha, se inerente ao serviço, imediatamente; se inerente a outro serviço, no máximo em uma semana.

## **PROCESSOS INTERNOS**

Objetivo 1: ser o mais importante centro de referência da América Latina para TMO.

Indicador: recebimento de pacientes referenciados por países da América Latina.

Meta: 50% do atendimento anual.

Iniciativa: ampliação dos canais de divulgação dos resultados obtidos por procedimento.

Objetivo 2: ampliação de transplante não aparentado.

Indicador: realização do procedimento.

Meta: média de um transplante por mês.

Iniciativa: trabalhar em conjunto com o Serviço de Hemoterapia na criação do Banco de Sangue de Cordão Umbilical.



**Objetivo 3:** reduzir risco à rejeição de transplante

**Indicador:** tempo de internação/avaliação da rejeição.

**Meta:** reduzir para média de 25 dias por internação até 2005.

**Iniciativa:** parceria com laboratórios para pesquisa de inovação.

## **APRENDIZADO E CRESCIMENTO**

**Objetivo 1:** aumento da competência técnica dos funcionários.

**Indicador:** número de horas de treinamento por funcionário.

**Meta:** 60 horas de treinamento por funcionário anualmente.

**Iniciativa:** em conjunto com a Direção de Recursos Humanos, promover cursos de treinamento nas áreas de Enfermagem, Gerencial e Relações Interpessoais para todos os funcionários; promover o trabalho em ciclos alternados.

**Objetivo 2:** aumentar o nível de satisfação dos funcionários.

**Indicador:** redução de evasão.

**Metas:** envolver “toda” a equipe de enfermagem na elaboração/alteração de rotinas; a informação deverá estar totalmente difundida num prazo máximo de 24 horas; a resposta à pesquisa de satisfação deverá ser 90% positiva.

**Iniciativas:** reunião mensal com toda a equipe; reunião semanal com a equipe de enfermagem; reunião semanal com a equipe administrativa; informativos (formulários e vídeos).

Focar-se-á a atenção daqui em diante, exclusivamente no aspecto financeiro, que é o ponto central deste trabalho.

## **ANÁLISE DE CUSTOS X FATURAMENTO**

Considerando o número de leitos do S.T.M.O. como 14 para transplantes em geral e 2 leitos para falência medular, uma taxa de ocupação de 80%, que é a considerada ideal, poderíamos estabelecer uma média de atendimento de 384 pacientes dia. Em levantamento realizado junto a ASPLAN, conforme tabela 14, observa-se que o maior custo, dentre os custos indiretos, é o referente ao Serviço de Análises Clínicas.

Junto ao STMO obtiveram-se os exames solicitados aos pacientes internados, subdivididos em exames de Rotina de Internação, exames realizados às segundas-feiras, às terças e quintas-feiras, às quartas e sextas feiras e aos sábados, domingos e feriados. A média de internação de paciente foi considerada de trinta dias.

Levantando os custos por exame, conforme tabelas de 2 a 11, conclui-se que o custo do Serviço de Análises Clínicas é de R\$196,40 (cento e noventa e seis reais e quarenta centavos) por paciente por dia. Considerando a taxa de ocupação de 80%, ou seja, 384 paciente dia, obtemos o custo de R\$75.417,60 para o serviço citado, que representa 38% do custo da média dos custos indiretos. O faturamento é uma aplicação da tabela do SUS, o que não permite que as variações de procedimento por paciente sejam repassadas. Desta forma é imprescindível um controle rigoroso sobre os custos, com o objetivo de minimizá-los sem prejuízo para o atendimento. Mantendo os custos do Serviço de Análises Clínicas nos patamares já citados, e promovendo uma ampliação no número de atendimentos, passando para doze transplantes por mês, atinge-se um acréscimo de aproximadamente 17% no faturamento. Este valor, quando comparado aos faturamentos dos meses de 1997 e 1998, conforme tabelas 12 e 13, demonstra ser suficiente para gerar lucro.

De maneira a consolidar os dados, e com o auxílio dos critérios adotados pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ), foi elaborada tabela com os indicadores constantes do Balanced Scorecard para o STMO-HC.

## FINANÇAS

- Faturamento líquido da unidade
- Crescimento anual do faturamento líquido da unidade
- Lucro líquido
- Margem líquida
- Retorno do investimento
- Liquidez geral

### **SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

- Participação no mercado do Estado do Paraná
- Top of Mind – Hospitais/Imagem
- Índice de satisfação dos Pacientes
- Índice de satisfação dos Familiares

### **PROCESSOS INTERNOS**

- Taxa de ocupação hospitalar
- Taxa de permanência
- Taxa de Infecção Hospitalar
- Taxa de complicações e intercorrências
- Tempo médio de espera

### **APRENDIZADO E CRESCIMENTO**

- Índice de satisfação da força de trabalho
- Índice de satisfação dos médicos
- Investimento em programas de desenvolvimento das pessoas
- Horas de treinamento por membro da força de trabalho
- Número de pessoas trabalhando em times de melhoria

### **CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO**

A partir da decisão de implantação, o prazo para atingir os objetivos é de um ano. Os objetivos deverão ser avaliados de acordo com os prazos estipulados, no mínimo mensalmente. Após decorrido um ano, o conjunto de estratégias deve ser revisto e, eventualmente reformulado para uma nova realidade.

## **Capítulo 8: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O hospital, como instituição prestadora de serviços, tem papel de relevante importância junto à comunidade. Quando se reporta ao hospital universitário essa relevância é ainda maior, face a sua tarefa (missão) na formação de recursos humanos para a área de saúde, aliada à assistência médica destinada ao público de menor poder aquisitivo. É mister administrá-lo de forma competente e lucrativa. Reitera-se aqui, a posição de necessidade de lucros, pela sua sobrevivência, pela sua melhoria contínua, pelo seu crescimento. Salienta-se da mesma forma, a necessidade de envolvimento de todos os componentes do funcionalismo, trabalhando de forma uniforme e coerente, buscando o melhor desempenho. Quando considerado o *cliente*, deve-se entender não somente o cliente externo, o paciente, mas todos aqueles que interagem no processo curativo ou de aprendizagem.

A adoção do modelo do Balanced Scorecard, para avaliação de desempenho, deve-se ao fato de já ter sido demonstrado que é o modelo mais abrangente, que proporciona o maior número de informações sobre a unidade, assim como maiores subsídios para futuras ações estratégicas. Considerando pelo viés da instituição, o Serviço de Transplante de Medula Óssea, é uma unidade de excelência, que presta serviço de alta complexidade, com uma liderança ativa e preocupada com os rumos da instituição, atuante nos aspectos de melhoria e controle internos, sendo o grande promotor da busca da qualidade e excelência de desempenho. Daí a facilidade encontrada para a realização desse estudo.

Após entrevistas realizadas com a Administração do Hospital de Clínicas e do Serviço de Transplante de Medula Óssea, foi elaborada proposta de estratégias, objetivos e metas relacionados às quatro dimensões do BSC: financeira, de satisfação do cliente, de melhoria dos processos internos e de crescimento e aprendizagem.

O presente estudo considerou somente o serviço com maior relevância de custos, ou seja, o Laboratório de Análises Clínicas. Não devem ser negligenciados os demais serviços, pois no cômputo geral, todos são importantes. Em qualquer avaliação de

desempenho, todos os aspectos, mesmo aqueles que representam baixos custos operacionais, devem ser considerados, a fim de se promover a melhoria completa.

Apesar de não ser o ideal, o sistema de remuneração do SUS permite que o Hospital seja lucrativo. Esta afirmação é especialmente verdadeira para os procedimentos de alta complexidade. O que acarreta outras conclusões sobre como conduzir a administração dos hospitais face à autonomia universitária.

Os hospitais universitários passam a atender somente ao terceiro nível dentro da hierarquia de prestação de serviços à saúde, ou seja, ao nível de especialidades, quando os valores de remuneração são superiores e cobrem os custos de atendimento. Esta alternativa gera um problema de ordem social. O município e suas estruturas de atendimento à saúde não sofreram ampliação; quando os hospitais universitários deixarem de atender ao primeiro e segundo nível, ocorrerá fatalmente, um aumento de volume nas demais instâncias. Outro problema é causado aos estudantes das áreas da saúde que não terão contato com a medicina generalista, pois o hospital passará a ser palco de especialidades.

## SUGESTÕES

Os problemas, acima citados, podem ser parcialmente resolvidos, com a alocação de recursos humanos (principalmente alunos e orientadores previamente selecionados) para as instalações de assistência à saúde do Estado e Município. Ainda restaria resolver os problemas financeiros de manutenção destas instituições para atender a uma nova demanda, que poderiam ser resolvidos se o sistema estratégico de custos for extensivo à estas unidades.

A alternativa de manter o atendimento atual, ou seja, trabalhar com base na referência e contra-referência com os postos de saúde do município e hospitais regionais, mas ampliar o número final de atendimentos, iniciando atendimento à convênios com cooperativas de saúde e grupos de medicina de grupo a fim de melhorar o faturamento final, para subsidiar o atendimento ao paciente SUS. Salienta-se que para a análise estratégica, o volume não é geralmente a forma mais útil para explicar o comportamento

dos custos. Em sentido estratégico, é mais útil explicar a posição de custos em termos das escolhas estruturais e das habilidades de execução que moldam a posição competitiva da organização.

A estratégia deve ser adotada a partir da definição de uma das alternativas. Pode-se adotar a estratégia de não atender ao mau cliente, para “perder peso” e aumentar os lucros, que é prática dos executivos da iniciativa privada, como por exemplo Itaú-Seguros e o Lloyds Bank. A gerência destas instituições de acordo com a estratégia acima, dotou-as de flexibilidade e maior rentabilidade, passando do prejuízo ao lucro em curto espaço de tempo. O foco passa a ser a lucratividade e não o volume dos ativos; busca de valor para o acionista (no caso do hospital universitário, entender acionista, a comunidade recolhadora de impostos federais); mudança dos critérios de avaliação de acordo com os segmentos de mercado atendidos. Para isto será necessário que algumas unidades (ativos) sejam desativadas, para ceder espaço ou não, àquelas unidades definidas como estratégicas, o que não confere com a Missão da instituição, portanto deve ser descartada.

Implantar a equação de “retorno sobre investimento”, para comparação de sua eficiência econômica, entendido como a renda proveniente de transações comerciais, deduzidos os custos incorridos, dividido pelos recursos aplicados. O RSI não deve ser encarado como objetivo, mas como um termo de comparação, um indicador da eficiência social relativa dos recursos investidos na organização.

Realizar um trabalho empreendedor na criação de novos serviços, por exemplo, o transplante de medula com a utilização de cordão umbilical, pois a demanda é existente, o que faria com que a satisfação do cliente fosse atingida pela redução do tempo de espera em filas.

Os benchmarks devem ser feitos com relação às empresas líderes em cada segmento, não necessariamente hospitalais. Para que as mudanças ocorram e num espaço de tempo, o menor possível, mudanças culturais e organizacionais devem ser promovidas: estabelecer remuneração diferenciada por produtividade, investir em

treinamento e desenvolvimento, esclarecer a todos e frequentemente, sobre as decisões e consequências das mesmas com absoluta sinceridade e transparência.

Várias das atitudes acima enumeradas, continuam válidas se a estratégia adotada for a de manutenção do atendimento atual. Os controles sobre todos os procedimentos devem ser intensos, a fim de aumentar a margem de lucro sobre os procedimentos de alta complexidade. Discutir, definir e apresentar a visão e a missão da instituição a todos, com honestidade e simplicidade. Investir em Recursos Humanos como seu maior ativo, pois é através do seu compromisso com a organização que iremos alçá-la aos níveis de excelência desejados.

O presente trabalho não premiou a análise de todos os serviços envolvidos pelo STMO, por não ter caráter de implementação. Deixamos como proposta para trabalhos futuros, estender este estudo para os demais serviços desta mesma unidade. Estrategicamente, no entanto, a discussão deveria ser estendida aos demais setores do Hospital de Clínicas, para execução do Balanced Scorecard, e num segundo momento a discussão das atividades de cada serviço para avaliação de custeio.



## **ANEXOS**

**Tabela 2-DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média/98</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	180.955,50	192.329,63	218.354,02	189.308,61	175.753,11	231.975,22	198.112,68	43,5
Pessoal FUNPAR	63.426,64	63.693,17	60.172,25	61.546,82	58.810,07	59.698,42	61.224,56	13,5
Mat.Dir. Vr.(Almox.)	71.921,83	57.010,16	90.608,52	226.751,86	111.984,75	61.314,93	103.265,34	22,5
Mat.Dir. Vr. (Farm.)	341,76	276,98	410,60	314,45	472,67	1.005,32	470,30	0,1
Mat.Dir. Vr. (GLP)	0,00	0,00	119,25	245,00	0,00	0,00	60,71	0,0
Mat.Dir. Vr. (Oxig.)	0,00	2.028,00	780,00	832,50	1.092,00	1.075,68	918,03	0,2
Prestação de Contas	0,00	0,00	964,21	5.745,18	0,00	921,16	1.271,76	0,2
Contratos FX	5.745,18	5.745,18	5.745,18	644,34	5.745,18	68.015,45	15.273,42	3,3
Telefone FX	620,30	250,81	615,18		588,72	589,10	532,82	0,1
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>323.011,21</b>	<b>321.333,93</b>	<b>377.769,21</b>	<b>485.088,76</b>	<b>345.4466,50</b>	<b>424.595,28</b>	<b>381.040,82</b>	<b>84,4</b>
Diretoria	11.086,45	10.578,31	11.098,86	15.477,85	11.890,14	14.721,03	12.475,44	2,7
Ativ. Administrativ.	13.088,25	14.855,27	14.253,23	18.207,29	14.066,95	15.676,36	15.024,56	3,3
Serv.Trein.Desenvol.	0,00	0,00	0,00	2.434,58	42,88	0,00	412,91	0,0
Serviços Gerais	9.939,09	9.572,12	10.235,98	10.236,17	6.131,68	6.393,94	8.751,50	1,9
Assessoria Inform.	8.346,45	8.352,68	8.296,24	8.821,16	9.593,01	14.598,50	9.655,84	2,3
Serv. de Transporte	762,13	360,09	434,59	386,27	192,57	586,57	453,70	0,1
Serv. Almoxarifado	3.684,56	2.459,42	3.650,62	9.905,01	6.687,90	4.472,92	5.143,41	1,1
Ser. Zeladoria	10.974,97	11.371,42	12.494,10	13.410,59	7.494,70	7.664,38	10.568,36	2,3
Equipe Caldeira	454,35	282,53	293,65	756,42	536,26	567,77	481,50	0,1
Serv. Nut. e Dietética	203,36	183,04	153,64	255,62	243,69	271,33	218,45	0,0
Serv. de Manutenção	3.071,23	2.084,40	4.395,17	4.979,93	4.343,74	11.494,19	5.061,44	1,1
Serv. de Eng. Clínica	956,74	977,82	1.430,80	1.970,36	2.238,06	1.609,61	1.530,57	0,3
Serv. Farm. Hosp.	96,18	76,62	116,65	69,45	136,19	346,46	140,26	0,0
<b>Total dos C. Recebidos</b>	<b>62.663,76</b>	<b>61.153,72</b>	<b>66.853,53</b>	<b>86.910,70</b>	<b>63.597,77</b>	<b>78.338,06</b>	<b>69.927,92</b>	<b>15,4</b>
	<b>385.674,97</b>	<b>382.487,65</b>	<b>444.622,74</b>	<b>571.999,46</b>	<b>418.044,27</b>	<b>502.983,34</b>	<b>450.968,74</b>	<b>100,0</b>
	<b>1.645.922</b>	<b>1.625.340</b>	<b>1.654.210</b>	<b>1.943.185</b>	<b>2.146.803</b>	<b>2.156.100</b>	<b>1.861.927</b>	
<b>Custo Total Unitário</b>	<b>0,23</b>	<b>0,24</b>	<b>0,27</b>	<b>0,29</b>	<b>0,19</b>	<b>0,23</b>	<b>0,24</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Quadro 3 - Relatório do Custo Médio Unitário**  
**Serviço de análises Clínicas (Período Jan. a Jun/98)**

**Custo Médio de uma unidade ponderada**

**R\$0,24**

NOME / EXAME	PESO	CUSTO UNITÁRIO
17 KS	40	R\$9,60
17OK	40	R\$9,60
5HIA	60	R\$136,00
A.DE REAT.C-PAINEL C.I	150	R\$36,00
A.DE REAT.C-PAINEL C.II	150	R\$2,40
A.L.A.	10	R\$19,20
ACIDEZ GASTRICA	80	R\$7,20
ACIDO LACTICO	30	R\$3,36
ACIDO URICO	14	R\$36,00
ACIDO VALPROICO	150	R\$36,00
AG.P/CRIOCOCOS	120	R\$28,00
ALBUMINAS	14	R\$3,36
ALDOLASE	27	R\$6,48
F.FETOPROTEÍNA	125	R\$30,00
ALF I ANTITISPSNA	40	R\$9,60
ALTATETOPROTEÍNA	125	R\$30,00
AMILASE	14	R\$3,36
AMILASE	14	R\$3,36
ANTI DNA	40	R\$9,60
ANTIBIOGRAMA	20	R\$4,80
ANTIENT.O(ASO)	20	R\$ 4,80
AUTO CROSS-MATCH	150	R\$36,00
AUTO HEMOLISE	20	R\$4,80
BACT P/ZIEHL	15	R\$3,60
BACT.P/GRAM	15	R\$3,60
BETA 1 C (COMP.C3)	60	R\$14,40
BETA 1 E (COMP.C4)	50	R\$12,00
BETA 2 MICROGLOBULINA	300	R\$72,00
BICARBONATO	14	R\$3,36
BILIRRUBINAS	15	R\$3,60
BILIRUBINA	40	R\$9,60
C.K.MB.	100	R\$24,00
C.L.E.	20	R\$4,80
C.L.E. (LÍQUIDOS)	20	R\$4,80
C.L.M.P/I CELULAR	140	R\$33,60
C.P.K.	50	R\$12,00
CÁLCIO	14	R\$3,36
CÁLCULO RENAL	30	R\$7,20
CAP. LIQ. FERRO	18	R\$4,32
CARBAMAZEPINA	150	R\$36,00
CD4	200	R\$48,00
CD8	200	R\$48,00
CERULOPLASMINA	40	R\$9,60
CH50	40	R\$9,60

CIT. AZUL NILO	60	R\$14,40
CITOGENÉTICA	300	R\$72,00
CLAMYDIA	90	R\$21,60
CLEARANCE CREATININA	25	R\$6,00
CLORETOS	14	R\$3,36
COBRE	120	R\$28,00
COLESTEROL	14	R\$3,36
COLINESTERASE	20	R\$4,80
CONAD. CORIONICA	20	R\$4,80
CONT. ESPECIFICA	20	R\$4,80
CONT. GLOBAL	14	R\$3,36
CONT. LEUCOCITOS	10	R\$2,40
CONT. SED. ADDIS	10	R\$2,40
COPROCULTURA	50	R\$12,00
COPROPORFIRINA	20	R\$4,80
CREATININA	14	R\$3,36
CRSATININA	15	R\$3,36
CRIOGLOBULINAS	14	R\$3,60
CRIOGLUTININAS	14	R\$3,36
CRIOPROTEÍNAS X3	14	R\$3,36
CRITOSPORIDIUM	50	R\$12,00
CRISTAIS LIG. SINOVIAL	10	R\$2,40
CROSS-MATCH B	150	R\$36,00
CROSS-MATCH B C/AB. PLAQUETAS	150	R\$36,00
CROSS-MATCH B+ (DTT)	150	R\$36,00
CROSS-MATCH SIM.	150	R\$36,00
CROSS-MATCH T	150	R\$36,00
CROSS-MATCH T + (AGH)	150	R\$36,00
CROSS-MATCH C/AB. PLAQUETAS	150	R\$36,00
CROSS-MATCH t+ (DTT)	150	R\$36,00
CULT. P/ CERMES COMUNS	35	R\$8,40
CULTURA CEL. C.T.H.P.	300	R\$72,00
CULTURA CEL. COR. UMBIL	300	R\$72,00
CULTURA CEL.M.O	300	R\$72,00
CULTURA DE CELULAS	180	R\$43,20
CULTURA DE CICLOSPORINA	300	R\$72,00
CULTURA MISTA LIN	300	R\$72,00
CULTURA P/ ANAEROBIO	50	R\$12,00
CULTURA P/ BAAR	50	R\$12,00
CULTURA P/ FUNGOS	50	R\$12,00
CULTURA PARA CAMPYLOBACTER	87	R\$20,88
CULTURA PARA MICROPLASMA	104	R\$24,96
CURVA GLICEMICA	75	R\$18,00
D. ANTITRIMBINA III	80	R\$19,20
D. FATOR IX	40	R\$9,60
D. FATOR V	30	R\$7,20
D. FATOR VIII	40	R\$9,60
D. FIBRINOGENIO	20	R\$4,80
D. INIBIDOR	63	R\$15,12
DEGRA.FIBRINA E (O)	50	R\$12,00
DENSIDADE	10	R\$2,40
DHEA	40	R\$9,60

DOSAGEM DE HBS	40	R\$9,60
DOSAGEM DE META HB	30	R\$7,20
DOSAGEM HB A2	40	R\$9,60
DOSAGEM HB FETAL	14	R\$3,36
E.A.C.A.	50	R\$12,00
E.N.E	50	R\$12,00
EBV ANTI E A	150	R\$36,00
EBV ANTI EBNA	150	R\$36,00
EBV ANTI VCA IGG	150	R\$36,00
EBV ANTI VCA IGM	150	R\$36,00
ELETROFPR.P/PH ACIDO	40	R\$9,60
ELETROFORESE AMIDO	40	R\$9,60
ELETROFORESE DE PROT.	40	R\$9,60
ELETROFORESE EM GEL	120	R\$28,80
ELETROFORESE HB	40	R\$9,60
ELISA	120	R\$28,80
ELISA P/ CHAGAS	80	R\$19,20
ELISA P/ ANTICARDIOLIPINA	80	R\$19,20
ELISA P/ CISTICERCOSE	80	R\$19,20
ELISA REP. PALLIDUM	80	R\$19,20
ERITROCITOS	10	R\$2,40
ERROS I. METABOL	33	R\$7,92
ESPECTOFOTOMET	14	R\$3,36
ESPERMOGRAMA	40	R\$9,60
ESTUDIO COAGULAÇÃO X3	60	R\$14,40
F. ALC. LEUCOCITOS	60	R\$14,40
FATOR ANTINUCLEAR	30	R\$7,20
FENITOINA	150	R\$36,00
FENOBARBITAL	150	R\$36,00
FERRITINA	125	R\$30,00
FERRO MEDULAR	50	R\$12,00
FERRO SERICO	18	R\$4,32
FOSF. ACIDA	50	R\$12,00
FOSF. ACIDA TARTARO	50	R\$12,00
FOSFATASE AC. PROSTC.	22	R\$5,28
FOSFATASE ACIDA TOTAL	18	R\$4,32
FOSFATASE ALCALINA	18	R\$4,32
FOSFORO INORGÂNICO	14	R\$3,36
FRAG. OSMOTICA (IMED)	14	R\$3,36
FRAG. OSMÓTICA (PINC)	14	R\$3,36
FRUTOSAMINA	45	R\$10,80
FS-50	40	R\$9,60
LDH	30	R\$7,20
LEISCHMANIOSE	20	R\$4,80
LEITE HUMANO	50	R\$12,00
LEOCOGRAMA	27	R\$6,48
LEUCOCITOS	10	R\$2,40
LINFOCITOS B	130	R\$31,20
LINFOCITOS T	200	R\$48,00
LIPASE	150	R\$3,60
LIPIDIOGRAMA	70	R\$16,80
LIPÍDIOS	10	R\$2,40
LISE ENGLOBOLINAS	33	R\$7,92

LISTERIA	20	R\$4,80
LITIO	20	R\$4,80
LUES QUALITATIVO	20	R\$4,80
LUES QUANTITATIVO	20	R\$4,80
M.MENBRANA	3000	R\$720,00
MAGNÉSIO	16	R\$3,84
MEDULA ÓSSEA	100	R\$24,00
MET. RUGAI	10	R\$2,40
MÉTODO DE GRAHN	15	R\$3,60
MICRO. DIGESTÃO	20	R\$4,80
MIORO ALBUMINA	50	R\$12,00
MUCOPROTEÍNAS	15	R\$3,60
OSMOLARIDADE	30	R\$7,20
OTTOLINA E ATENCIO	25	R\$6,00
P.A.S.	50	R\$12,00
P.G.B.	14	R\$3,36
PANDY	10	R\$2,40
PARASITOLOGICO	20	R\$4,80
PARCIAL DE URINA	20	R\$4,80
PCM ELISA	80	R\$19,20
PCM IDD	10	R\$2,40
PEROXIDADE	50	R\$12,00
PESQ. A. LUPICO	33	R\$7,92
PESQ. BENICE JONES	20	R\$4,80
PESQ. CORP. DE HEINZ	10	R\$2,40
PESQ. CRIPTOCOCOS	15	R\$3,60
PESQ. DE MECONIO	20	R\$4,80
PESQ. EOSUNOFILOS	14	R\$3,36
PESQ. FONT. TRIBONDEAU	20	R\$4,80
PESQ. HB INSTÁVEL	15	R\$3,60
PESQ. HBH	15	R\$3,60
PESQ. INIBIDOR	53	R\$12,72
PESQ. MONOMEROS	11	R\$2,64
PESQ. SEG. OCULTO	10	R\$2,40
PESQUISA DE LEUCOCITOS	10	R\$2,40
PESQUISA PARA FUNGOS	14	R\$3,36
PGT	50	R\$14,40
PH	10	R\$2,40
PH	15	R\$3,36
PH	10	R\$2,40
PLAQUETAS	10	R\$2,40
PLASMODIUM	14	R\$3,36
POTÁSSIO	14	R\$3,36
PROTEÍNA C. CREATIVA	67	R\$16,08
PROTEÍNAS	14	R\$3,36
PROTEÍNAS	14	R\$3,36
PROTEÍNAS TOTAIS	15	R\$3,36
PROTEINURIA	10	R\$2,40
PROVA DE LÁTEX	20	R\$4,80
REAÇÃO DE WIDAL	22	R\$5,48
REAÇÃO LEUCOCITO	10	R\$2,40
REAÇÃO MANTOUX	20	R\$4,80
REAÇÃO MONTENEGRO	20	R\$4,80

REAÇÃO PAUL BUNNEL	27	R\$6,48
REAÇÃO W. ROSE	20	R\$4,80
REAÇÃO W. SEMPLE	20	R\$4,80
REL. LEC. / ESFINCOM	15	R\$3,36
RETICULOCITOS	10	R\$2,40
RETRAÇÃO DE COAGULO	10	R\$2,40
RUBEOLA P/ ELISA IGG	60	R\$14,40
RUBEOLA P/ ELISA IGM	120	R\$28,80
S.G.O.T.	14	R\$3,36
S.G.P.T.	14	R\$3,36
SCREEN. F. VIII E IX	40	R\$9,60
SCREENING P/PG6PD	27	R\$6,40
SCREENING	33	R\$7,92
SED. CORADO (GRAM)	10	R\$2,40
SÓDIO	14	R\$3,36
SOROL P/ASPERGILOSE	10	R\$2,40
SOROL P/HISTOPLASMOSE	10	R\$2,40
SOROL. P/LIQUOR	130	R\$31,20
SPORTEST	50	R\$12,00
SUB. REDUTORAS	10	R\$2,40
SUDAM	50	R\$12,00
SUDAM III	19	R\$4,56
T.A.P.	15	R\$3,36
T. COAGULAÇÃO	10	R\$2,40
T. FALCIZAÇÃO	10	R\$2,40
T.I.G.	20	R\$4,80
T. SANGRAMENTO	10	R\$2,40
T.T	20	R\$4,80
T.T.C	20	R\$4,80
TESTE CLEMENS	14	R\$3,36
TESTE DE ESTERILIDADE	35	R\$8,40
TESTE DE HAN	20	R\$4,80
TESTE DE SACAROSE	20	R\$4,80
TESTE DE KLEINHAEUER	14	R\$3,36
TIPAGEM HLA (A,B,C)	160	R\$38,40
TIPAGEM HLA DR	300	R\$72,00
TOXO P/ ELISA IGM	80	R\$19,20
TOXO P/ ELISA IGG	80	R\$19,20
TOXOPLASMOSE IGG	35	R\$8,40
TOXOPLASMOSE IGM	35	R\$8,40
TRANSFERINA	60	R\$14,40
TRIGLICERÍDIOS	20	R\$4,80
UREIA	14	R\$3,36
UREIA	14	R\$3,36
UROCULTURA	70	R\$16,80
UROPORFIRINA	10	R\$2,40
VHS	10	R\$2,40
VMA	100	R\$24,00
VOLENIA	53	R\$12,72
WESTERN BLOT	700	R\$168,00
ZIEHL	15	R\$3,60

**Tabela 3 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²) 165,33****SEÇÃO IMUNOGENÉTICA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abril/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	35.421,50	35.648,66	44.477,58	43.805,40	33.072,06	49.780,20	40.367,57	32,74
Pessoal FUNPAR	12.374,47	12.481,28	12.390,97	12.522,27	12.894,31	12.522,37	12.530,95	10,16
Mat. Dir. Vr. (Alam.)	10.004,22	23.495,59	36.143,66	138.657,93	55.765,50	11.080,47	45.857,90	37,20
Mat. Dir. Vr. (Farm.)	341,76	276,98	410,60	314,00	472,67	1.005,32	470,30	0,38
Mat. Dir. Vr. (Oxig.)	0,00	2.028,00	780,00	532,50	1092,00	1075,68	918,03	0,74
Telefone FX	620,30	250,81	615,18	644,34	588,72	589,10	551,41	0,45
<b>Total dos Custos Diretos</b>	<b>58.762,25</b>	<b>74.181,32</b>	<b>94.817,99</b>	<b>196.476,89</b>	<b>103.885,26</b>	<b>76.053,14</b>	<b>100.696,14</b>	<b>81,68</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	2.016,85	2.442,05	2.785,75	6.269,04	3.484,90	2.636,82	3.272,57	2,65
Ativ. Administrativa	2.381,02	3.429,40	3.577,48	7.374,55	4.122,90	2.807,94	3.948,88	3,20
Serviços Gerais	517,48	499,30	534,02	534,02	588,82	583,61	537,87	0,44
Ass. informática	981,94	982,67	1.037,78	1.037,78	1.128,59	1.715,94	1.137,16	0,92
Serv. Almoxarifado	512,52	1.013,60	6.056,88	6.056,88	3.330,40	808,32	2.196,32	1,78
Serv. Zeladoria	616,68	639,83	753,90	753,90	737,37	753,90	700,72	0,57
Serv. Farm. Hosp.	96,16	76,62	69,45	69,45	136,19	346,46	140,26	0,11
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.942,88	3.942,88	3.437,14	4.659,30	2.742,93	3,04
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.175,53	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	3,38
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.569,48	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	1,39
Seção Preparo de Meios	1.006,57	925,20	985,42	958,42	986,37	1.044,05	1.022,39	0,83
<b>Total dos C. Recebidos</b>	<b>17.016,81</b>	<b>19.057,17</b>	<b>21.211,09</b>	<b>32.768,94</b>	<b>23.574,86</b>	<b>21.894,31</b>	<b>22.587,20</b>	<b>18,32</b>
	<b>75.779,06</b>	<b>93.238,49</b>	<b>116.029,08</b>	<b>229.245,83</b>	<b>127.460,12</b>	<b>97.947,45</b>	<b>123.283,34</b>	<b>100,00</b>
	<b>362.780</b>	<b>277.620</b>	<b>300.520</b>	<b>221.120</b>	<b>289.510</b>	<b>317.940</b>	<b>294.915</b>	
	<b>0,21</b>	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	<b>1,04</b>	<b>0,44</b>	<b>0,31</b>	<b>0,45</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR



**Tabela 4 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²)****27,94****SEÇÃO VIROLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	6.462,29	7.077,75	7.696,98	6.780,93	5.869,09	9.075,56	7.160,43	27,81
Pessoal FUNPAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mat. Dir. (Almox.)	225,48	987,78	407,36	26.450,15	2.163,32	7.345,26	6.263,23	24,32
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>6.687,77</b>	<b>8.065,53</b>	<b>8.104,34</b>	<b>33.231,08</b>	<b>8.032,41</b>	<b>16.420,82</b>	<b>13.423,66</b>	<b>52,13</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	229,54	265,52	238,11	1.060,31	269,45	569,32	438,71	1,70
Ativ.	270,99	372,87	305,78	1.247,29	318,78	606,27	520,33	2,02
Administrativas								
Serviços Gerais	87,45	84,38	90,25	90,25	94,44	98,63	90,90	0,35
Asses. Informática	162,02	162,14	161,04	171,23	186,22	283,13	187,63	0,73
Ser. Almoxarifado	11,55	42,61	16,41	1.155,40	129,20	535,84	315,17	1,22
Ser. Zeladoria	104,22	108,13	118,75	127,41	124,61	127,41	118,42	0,46
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	14,54
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	16,21
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	6,66
Seq. Prep. de Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	3,97
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>10.759,91</b>	<b>11.009,35</b>	<b>11.992,61</b>	<b>14.525,21</b>	<b>11.198,39</b>	<b>14.461,91</b>	<b>12.324,56</b>	<b>47,87</b>
<b>Custo Total</b>	<b>17.447,68</b>	<b>19.074,88</b>	<b>20.096,95</b>	<b>47.756,29</b>	<b>19.230,80</b>	<b>30.882,73</b>	<b>25.748,22</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>23.860</b>	<b>35.020</b>	<b>24.950</b>	<b>69.810</b>	<b>68.150</b>	<b>100.50</b>	<b>53.715</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,73</b>	<b>0,54</b>	<b>0,81</b>	<b>0,68</b>	<b>0,28</b>	<b>0,31</b>	<b>0,56</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 5 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²) 46,62****SEÇÃO LÍQUIDOS E LÍQUOR**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	3.688,81	7.103,22	6.059,47	4.654,61	5.498,97	6.362,21	5.561,22	28,89
Pessoal FUNPAR	1.620,59	1.620,59	1.620,59	1.665,49	1.623,60	1.623,60	1.629,08	8,46
Mat.Dir. Vr.(Almox.)	129,16	29,03	751,65	229,54	624,98	79,22	307,26	1,60
<b>Total C. Diretos</b>	<b>5.438,56</b>	<b>8.752,84</b>	<b>8.431,71</b>	<b>6.549,64</b>	<b>7.747,55</b>	<b>8.065,03</b>	<b>7.497,56</b>	<b>38,95</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	186,66	288,14	247,72	208,98	259,90	279,62	245,17	1,27
Ativ. Administrativa	220,37	404,64	318,13	245,83	307,48	297,77	299,04	1,55
Serviços Gerais	145,92	140,79	150,58	150,58	157,58	164,57	151,67	0,79
Assessoria Informát.	162,02	162,14	161,04	171,23	186,22	283,13	187,63	0,97
Ser. Almoxarifado	6,62	1,25	30,28	10,03	37,32	5,78	15,21	0,08
Serv. Zeladoria	173,89	180,42	198,14	212,59	20,93	212,59	197,59	1,03
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	19,45
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	21,68
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	8,91
Seção Prep. Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	5,31
<b>Total C. Indiretos</b>	<b>10.789,63</b>	<b>11.151,10</b>	<b>12.168,18</b>	<b>11.672,56</b>	<b>11.232,11</b>	<b>13.484,77</b>	<b>11.749,72</b>	<b>61,05</b>
<b>Custo Total</b>	<b>16.228,19</b>	<b>19.903,94</b>	<b>20.599,89</b>	<b>18.222,20</b>	<b>18.979,66</b>	<b>21.549,80</b>	<b>19.247,28</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>18.354</b>	<b>21.717</b>	<b>10.356</b>	<b>10.356</b>	<b>10.356</b>	<b>10.356</b>	<b>13.582,50</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,88</b>	<b>0,92</b>	<b>1,99</b>	<b>1,76</b>	<b>1,83</b>	<b>2,08</b>	<b>1,58</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 6 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²) 33,06****SEÇÃO MICOLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	5.327,04	5.127,97	6.777,43	5.308,18	5.308,34	7.952,88	5.966,97	30,14
Pessoal FUNPAR	2.502,45	2.502,45	1.496,95	1.499,96	1.499,96	1.500,06	1.833,64	9,26
Mat.Dir. Vr (Almox.)	298,54	117,03	210,47	334,01	85,87	274,90	220,14	1,11
<b>Total C. Diretos</b>	<b>8.128,03</b>	<b>7.747,45</b>	<b>8.484,85</b>	<b>7.142,15</b>	<b>6.894,17</b>	<b>9.727,84</b>	<b>8.020,75</b>	<b>40,51</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	287,97	255,05	249,28	227,89	231,27	337,27	263,29	1,33
Ativ. Administrativas	329,34	358,16	320,13	268,07	273,61	359,16	318,08	1,61
Serviços Gerais	103,48	99,84	106,78	106,78	111,74	116,70	107,56	0,54
Assessoria Informát.	245,48	245,67	244,01	259,45	282,15	428,99	284,29	1,44
Serv. Almoxarifado	15,29	5,05	8,48	14,59	5,13	20,05	11,43	0,06
Serv. Zeladoria	123,31	127,94	140,51	150,75	147,45	150,75	140,12	0,71
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.342,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	18,90
Seção de coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	21,08
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	8,66
Seç. Preparo Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	5,16
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>10.990,03</b>	<b>11.065,42</b>	<b>12.131,47</b>	<b>11.700,85</b>	<b>11.127,04</b>	<b>13.654,24</b>	<b>11.778,18</b>	<b>59,49</b>
<b>Custo total</b>	<b>19.118,06</b>	<b>18.812,87</b>	<b>20.616,32</b>	<b>18.843,00</b>	<b>18.021,21</b>	<b>23.382,08</b>	<b>19.798,92</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>19.032</b>	<b>13.440</b>	<b>18.968</b>	<b>24.578</b>	<b>23.074</b>	<b>26.334</b>	<b>20.904,33</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>1,00</b>	<b>1,40</b>	<b>1,09</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>	<b>0,89</b>	<b>0,99</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios  
 Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 7 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****REA: (M²) 101,22****SEÇÃO BACTERIOLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	26.760,78	26.895,42	31.972,78	26.983,31	26.191,79	32.749,82	28.592,32	49,79
Pessoal FUNPAR	4.330,46	4.363,46	4.363,46	4.375,50	4.375,50	4.375,60	4.364,00	7,60
Mat.Dir.Vr Almox.)	4.063,26	5.831,62	9.653,59	20.323,13	4.263,61	8.409,10	8.757,39	15,25
Contratos FX	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22.774,00	3.759,67	6,61
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>35.154,50</b>	<b>37.090,50</b>	<b>45.989,83</b>	<b>51.681,94</b>	<b>34.830,90</b>	<b>45.534,52</b>	<b>41.713,70</b>	<b>72,65</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	1.206,58	1.221,02	1.351,18	1.649,03	1.168,43	1.578,72	1.362,49	2,37
Ativ. Administrativa	1.424,44	1.714,69	1.735,20	1.939,83	1.382,34	1.681,17	1.646,28	2,87
Serviços Gerais	316,82	305,68	326,94	326,94	342,12	357,31	329,30	0,57
Assessoria Informát.	736,45	737,00	732,02	778,34	846,44	1.286,96	852,87	1,49
Serv. Almoxarifado	208,16	251,58	388,94	887,76	254,63	613,44	434,09	0,76
Serv. Zeladoria	377,55	391,72	430,19	461,56	451,44	461,56	429,00	0,75
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	6,52
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	7,27
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	2,99
Seção Preparos Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	1,78
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>14.164,15</b>	<b>14.595,40</b>	<b>16.026,74</b>	<b>16.716,77</b>	<b>14.521,09</b>	<b>18.220,47</b>	<b>15.707,44</b>	<b>27,35</b>
<b>Custo Total</b>	<b>49.318,65</b>	<b>51.685,90</b>	<b>62.016,57</b>	<b>68.398,71</b>	<b>49.351,99</b>	<b>63.754,99</b>	<b>57.421,14</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>257.227</b>	<b>289.297</b>	<b>240.059</b>	<b>266.243</b>	<b>256.906</b>	<b>238.778</b>	<b>258.085</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,19</b>	<b>0,18</b>	<b>0,26</b>	<b>0,26</b>	<b>0,19</b>	<b>0,27</b>	<b>0,22</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 8 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****REA: (M²) 52,20****ECÇÃO PARASITOLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	7.164,53	5.907,61	7.159,40	6.047,76	6.027,37	7.454,50	6.626,86	35,86
Pessoal FUNPAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mat.Dir. Vr (Almox.)	0,00	161,48	129,47	99,81	150,53	212,73	125,67	0,68
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>7.164,53</b>	<b>6.069,09</b>	<b>7.288,87</b>	<b>6.147,57</b>	<b>6.177,90</b>	<b>7.667,23</b>	<b>6.752,53</b>	<b>36,54</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	245,90	199,79	214,15	196,15	207,24	265,83	221,51	1,20
Ativ. Administrativa	290,30	280,57	275,01	230,74	245,18	283,08	267,48	1,45
Serviços Gerais	163,39	157,64	168,61	168,61	176,44	184,27	169,82	0,92
Assessoria Informát.	162,02	162,14	161,04	171,23	186,22	283,13	187,63	1,02
Serv. Almoxarifado	0,00	6,97	5,22	4,36	8,99	15,52	6,84	0,04
Serv. Zeladoria	194,71	202,01	221,85	238,03	232,81	238,03	221,24	1,20
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	20,25
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,57	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	22,58
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	9,28
Seção Preparos Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	5,53
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>10.950,46</b>	<b>10.982,84</b>	<b>12.108,15</b>	<b>11.682,44</b>	<b>11.132,57</b>	<b>13.511,17</b>	<b>11.727,94</b>	<b>63,46</b>
<b>Custo Total</b>	<b>11.114,99</b>	<b>17.051,93</b>	<b>19.397,02</b>	<b>17.830,01</b>	<b>17.310,47</b>	<b>21.178,40</b>	<b>18.480,47</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>19.624</b>	<b>24.077</b>	<b>23.082</b>	<b>30.379</b>	<b>23.195</b>	<b>21.406</b>	<b>23.622</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,92</b>	<b>0,71</b>	<b>0,84</b>	<b>0,59</b>	<b>0,75</b>	<b>0,99</b>	<b>0,80</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

Tabela 9 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS

REA: (M²) 186,86

## CUSTOS BIOQUÍMICA

Custos Diretos	Jan/98	Fev/98	Mar/98	Abr/98	Mai/98	Jun/98	Média	%
Assal. Reitoria	22.272,14	23.369,13	27.202,10	21.912,84	21.351,67	27.131,44	23.873,22	33,01
Assal. FUNPAR	10.288,43	10.394,33	10.394,33	9.416,96	7.953,36	9.752,70	9.700,02	13,41
Mat.Dir. Vr (Almox.)	14.135,30	13.103,88	21.769,37	8.342,71	12.793,88	13.060,65	13.867,63	19,17
Mat.Dir. Vr (GLP)	0,00	0,00	119,25	245,00	0,00	0,00	60,71	0,08
Contratos FX	3.447,11	3.447,11	3.447,11	3.447,11	3.447,11	24.670,80	6.984,39	9,66
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>50.142,98</b>	<b>50.314,45</b>	<b>62.932,16</b>	<b>43.364,62</b>	<b>45.546,02</b>	<b>74.615,59</b>	<b>54.485,97</b>	<b>75,33</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Reitoria	1.721,02	1.656,35	1.848,95	1.383,65	1.527,87	2.586,98	1.787,47	2,47
Div. Administrativa	2.031,77	2.326,04	2.374,43	1.627,64	1.807,59	2.754,86	2.153,72	2,98
Serviços Gerais	584,87	564,32	603,56	603,56	631,59	659,62	607,92	0,84
Assessoria Informát.	981,94	982,67	976,03	1.037,78	1.128,59	1.715,94	1.137,16	1,57
Serv. Almoxarifado	724,15	565,30	877,09	364,43	764,07	952,77	707,97	0,98
Serv. Zeladoria	696,99	723,15	794,16	852,08	833,40	852,08	791,97	1,10
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	5,18
Coleta de Amostras	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	5,77
Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	2,37
Preparos Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	1,41
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>16.634,88</b>	<b>16.791,53</b>	<b>18.536,48</b>	<b>16.542,46</b>	<b>16.768,79</b>	<b>21.763,57</b>	<b>17.839,62</b>	<b>24,67</b>
<b>Custo Total</b>	<b>66.777,86</b>	<b>67.105,98</b>	<b>81.468,64</b>	<b>59.907,08</b>	<b>62.314,81</b>	<b>96.379,16</b>	<b>72.325,59</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>470.729</b>	<b>515.701</b>	<b>505.914</b>	<b>631.784</b>	<b>715.542</b>	<b>718.595</b>	<b>593.044</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,14</b>	<b>0,13</b>	<b>0,16</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0,13</b>	<b>0,12</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 10 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²) 27,23****SEÇÃO SOROLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	8.849,45	12.840,79	11.279,89	10.130,91	9.800,10	11.824,32	10.787,58	23,33
Pessoal FUNPAR	2.483,91	2.500,41	3.381,67	1.008,51	1.008,51	1.008,51	1.898,59	4,11
Mat.Dir.Vr (Almox.)	35.281,11	5.009,51	8.933,17	23.836,63	28.631,41	11.385,46	18.846,22	40,76
Contratos FX	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.104,16	850,69	1,84
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>46.614,47</b>	<b>20.350,71</b>	<b>23.594,73</b>	<b>34.976,05</b>	<b>39.440,02</b>	<b>24.218,29</b>	<b>31.532,38</b>	<b>68,19</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	1.599,91	669,95	693,21	1.115,99	1.323,04	839,67	1.040,29	2,25
Ativ. Administrativa	1.888,79	940,81	890,23	1.312,79	1.565,26	894,16	1.248,67	2,70
Serviços Gerais	85,23	82,23	87,95	87,95	92,04	96,12	88,59	0,19
Assessoria Informát.	490,97	491,33	488,01	518,89	564,29	857,97	568,58	1,23
Serv. Almoxarifado	1.807,45	216,11	359,92	1.041,24	1.709,91	830,57	994,20	2,15
Serv. Zeladoria	101,57	105,38	115,73	124,17	121,45	124,17	115,41	0,25
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	8,09
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	9,02
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	3,71
Seção Preparos Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	2,21
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>15.868,07</b>	<b>12.479,52</b>	<b>13.697,33</b>	<b>14.874,34</b>	<b>15.451,68</b>	<b>15.883,97</b>	<b>14.709,15</b>	<b>31,81</b>
<b>Custo Total</b>	<b>62.482,54</b>	<b>32.830,23</b>	<b>37.292,06</b>	<b>49.850,39</b>	<b>54.891,70</b>	<b>40.102,26</b>	<b>46.241,53</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>216.906</b>	<b>183.628</b>	<b>210.423</b>	<b>281.079</b>	<b>389.312</b>	<b>238.897</b>	<b>268.374</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,29</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0,14</b>	<b>0,12</b>	<b>0,18</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR

**Tabela 11 - DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS – SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS****ÁREA: (M²) 98,93****SEÇÃO HEMATOLOGIA**

<b>Custos Diretos</b>	<b>Jan/98</b>	<b>Fev/98</b>	<b>Mar/98</b>	<b>Abr/98</b>	<b>Mai/98</b>	<b>Jun/98</b>	<b>Média</b>	<b>%</b>
Pessoal Reitoria	23.043,38	24.411,54	27.620,29	22.953,41	24.057,61	32.301,12	25.731,23	47,95
Pessoal FUNPAR	5.961,77	5.974,20	4.486,19	6.941,63	4.776,91	4.729,51	5.478,37	10,21
Mat.Dir. Vr (Almox.)	2.688,39	3.299,99	3.972,22	1.174,57	1.276,84	2.759,56	2.528,60	4,71
Contratos FX	2.298,07	2.298,07	2.298,07	2.298,07	2.298,07	15.466,49	4.492,81	8,37
<b>Total dos C. Diretos</b>	<b>33.991,61</b>	<b>35.983,80</b>	<b>38.376,77</b>	<b>33.367,68</b>	<b>32.409,43</b>	<b>55.256,68</b>	<b>38.231,00</b>	<b>71,25</b>
<b>Custos Indiretos</b>								
Diretoria	1.166,67	1.184,59	1.127,51	1.064,67	1.087,20	1.915,79	1.257,74	2,34
Ativ. Administrativa	1.377,32	1.633,53	1.447,96	1.252,42	1.286,24	2.040,12	1.511,26	2,82
Serviços Gerais	309,65	298,77	319,54	319,54	334,38	349,22	321,85	0,60
Assessoria Informát.	981,94	982,67	976,03	1.037,78	1.128,59	1.715,94	1.137,16	2,12
Serv. Almoxarifado	137,73	142,36	160,04	51,31	76,25	201,31	128,17	0,24
Serv. Zeladoria	369,01	382,86	420,45	451,12	441,23	451,12	419,30	0,78
Secretaria do Lab.	3.396,05	3.592,58	3.429,61	3.942,88	3.437,14	4.659,30	3.742,93	6,98
Seção de Coleta	3.875,94	3.735,67	4.616,45	4.175,53	3.951,27	4.682,81	4.172,94	7,78
Seção Lavagem Mat.	1.615,59	1.720,25	1.829,50	1.569,48	1.700,92	1.855,17	1.715,15	3,20
Seção Preparos Meios	1.006,57	925,20	1.186,72	985,42	986,37	1.044,05	1.022,39	1,91
<b>Total C. Recebidos</b>	<b>14.236,46</b>	<b>14.628,48</b>	<b>15.513,81</b>	<b>14.850,16</b>	<b>14.429,58</b>	<b>18.914,82</b>	<b>15.428,88</b>	<b>28,75</b>
<b>Custo Total</b>	<b>48.228,07</b>	<b>50.612,28</b>	<b>53.890,58</b>	<b>48.217,84</b>	<b>46.839,01</b>	<b>74.171,50</b>	<b>53.659,88</b>	<b>100,00</b>
<b>Exame Ponderado</b>	<b>292.982</b>	<b>294.114</b>	<b>321.633</b>	<b>393.991</b>	<b>352.962</b>	<b>373.147</b>	<b>338.138</b>	
<b>Custo T. Unitário</b>	<b>0,16</b>	<b>0,17</b>	<b>0,17</b>	<b>0,12</b>	<b>0,13</b>	<b>0,20</b>	<b>0,16</b>	

Valores expressos em R\$ e fictícios

Fonte: ASPLAN-HC/UFPR



**PESQUISA SEMI-ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS  
APLICADA A ALTA ADMINISTRAÇÃO**

Nome:

Função/Cargo:

1. Como a visão está sendo traduzida para a comunidade interna ?
2. Quais as metas estratégicas para sua gestão ?
3. Existe consenso em relação às iniciativas?
4. As estratégias de ação são do conhecimento de toda comunidade interna?
5. A alocação de recursos é compatível com as metas estabelecidas ?
6. Como é realizado o feedback sobre a implementação das estratégias ?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKEL, Ricardo. **Mudança de Paradigma na Administração de Hospital Universitário**. Dissertação de Mestrado em Medicina Interna, UFPR, 1993.
- ANSOFF, H. Igor. **Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1990.
- ARGYRIS, Chris. **Teaching Smart People How to Learn**. Harvard Business Review. p. 5-15, may-jun. 1991.
- BITTAR, Olimpio J. Nogueira. **Hospital - Qualidade & Produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BORNIA, Antonio Cezar. **Custos Industriais**. Apostila para Mestrado em Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrick, GRABOIS, Victor. **Gestão Hospitalar - Um Desafio Para o Hospital Brasileiro**. Cooperação Brasil - França, ENSP, 1995.
- COGAN, Samuel. **Um Modelo de Dados para o Custeio Baseado-em-Atividades (ABC)**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.39, n.2, p. 46-53, abr-jun. 1999.
- COHEN, David. **A Empresa do Novo Milênio**. EXAME, 1999.
- COLLINS, James C., PORRAS, Jerry I. **Feitas Para Durar**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- COOPER, Robin e KAPLAN, Robert. **Measure Costs Right: Make the Right Decisions**. Harvard Business Review. p. 96-103, sept.-oct. 1988.
- COOPER, Robin e KAPLAN, Robert. **Profit Priorities from Activity-Based Costing**. Harvard Business Review. p. 1-7, may-jun. 1991.
- COOPERS & LYBRAND. **Remuneração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1996.
- DERTOUZOS, Michael. **O que Será**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- DEVELIN, Nick. **Gerenciamento de Custos baseado em Atividade - ABCM**. São Paulo: IMAM, 1994.
- DRUCKER, Peter F. **Administrando em Tempos de Grandes Mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1995.

- \_\_\_\_\_. **Administrando para o Futuro**. São Paulo: Pioneira, 1996.
- FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE, Caso para Estudo – Hospital Taquaral, 1999.
- HAMEL Gary e PRAHALAD, C.K. **Competindo Pelo Futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- HAMMER, Michael, CHAMPY, James. **Reengenharia - Revolucionando a Empresa**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1994.
- HOPE, Tony e HOPE, Jeremy. **Competing in the Third Wave**. Boston: Harvard Business School Press, 1997.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Gestão Estratégica de Custos**. Video Mind Quest. 1999.
- KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. **A Estratégia Em Ação**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- KAPLAN, Robert. **Balanced Scorecard**. HSM Management, n. 11, 1998.
- KAPLAN, Robert. **Dos Custos à Performance**. HSM Management, n.13, 1999.
- KHOURY, Carlos Y. e ANCELEVICZ, Jacob. **A Utilização do Sistema de Custos ABC no Brasil**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.39, n.1, p. 55-63, jan.-mar. 1999.
- KOTLER, Philip. **Marketing para organizações que não visam o lucro**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1994.
- KOTLER, Philip. **Marketing Público**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. e LIMA, Carlos Rogério Montenegro de. **A Avaliação do Custo-Eficácia das Intervenções em Organizações de Saúde**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.38, n.2, p. 62-73, abr-jun. 1998.
- MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. São Paulo: Atlas, 1998.
- MARTINS, Petrônio G. e LAUGENI, Fernando P. **Administração da Produção**. São Paulo: Saraiva, 1999.
- PASQUINI, Ricardo e FERREIRA, Eurípedes. **Transplante de Medula Óssea em OLIVEIRA, Halley P Hematologia Clínica**. São Paulo: Livraria Atheneu Editora, 1990.
- PORTER, Michael E. **On Competition**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

- PORTER, Michael E., e KRAMER, Mark R. **Philantropy's New Agenda: Creating Value**. Harvard Business Review. p. 121-130, nov.-dec. 1999.
- SELEME, Acyr. **Tecnologia e Poder em Organizações Hospitalares: O Caso do H.G.C.R.** – Dissertação de Mestrado, UFSC – 1988.
- SENGE, Peter et al. **The Dance of Change**. New York: Doubleday, 1999.
- SENGE, Peter. **A Quinta Disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1998.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Pensando Sistematicamente sobre Liderança e Mudança**. Vídeo veiculado pela Universidade Tuiuti do Paraná, payperview, 1999.
- SHANK, John K. e GOVINDARAJAN, Vijay. **A Revolução dos Custos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- SKORA, Cláudio M. **Tecnologia e Estrutura Organizacional: o caso do Serviço de Transplante de Medula Óssea do HC – UFPR**. Dissertação de Mestrado – UFPR, 1999.
- TACHIZAWA, Takeshy e ANDRADE, Rui Otávio B. de. **Gestão de Instituições de Ensino**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- ZYLBERSTAJN, Hélio. & CYRILLO, Denise & CAMPINO, Antônio Carlos. **Reforma de Serviços de Saúde Pública em São Paulo: uma boa idéia destruída por uma estratégia errada?** Revista de Administração, São Paulo v.34, n.1, p.79-88, janeiro/março 1999.